

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LOUIS GORNOUEC

Né à BANNALEC (Finistère), le 4 Août 1891

Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Les Accidents Dentaires chez les Syphilitiques

PRÉSIDENT : M. SEBILEAU

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique

ÉTAMPES

Imprimerie Maurice DORMANN

16, Rue Saint-Mars

1923

Les Accidents Dentaires
chez les Syphilitiques

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

N°

THÈSE

POUR

282

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LOUIS GORNOUEC

Né à BANNALEC (Finistère), le 4 Août 1891

Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

Les Accidents Dentaires chez les Syphilitiques

PRÉSIDENT : M. SEBILEAU

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique

ÉTAMPES

Imprimerie Maurice DORMANN

16, Rue Saint-Mars

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	N.....
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER.	RETTIERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE	LÉRI	SCHWARTZ
BRANCA	GUÉNIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBÉ (Henri)	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRÉ	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



*A la mémoire
de ma Mère
et
de mon Père*

A mon Président de Thèse

M. le Professeur SEBILEAU

Membre de l'Académie de Médecine

*Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine*

Médecin-Chef de Service de la Clinique de Lariboisière

Officier de la Légion d'Honneur

en témoignage de notre gratitude et
de notre reconnaissance pour l'hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de notre thèse.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

A mes Maîtres de l'Ecole de plein exercice de Nantes,
et plus particulièrement à M. CASTAGNARY,
Médecin de l'Hôpital, Professeur suppléant à
l'Ecole, qui sut, au cours de la guerre, être pour
moi un chef et un ami.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

1912-1913

M. BAR

*Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur-Chef de Tarnier*

1913-1914

M. LEJARS

*Professeur de Clinique externe
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine*

1918-1920

M. Félix RAMOND

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

1920-1921

M. RAVAUT

Médecin de l'Hôpital Broca

1921-1922

M. DARIER

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

1921-1923

M. MORAX

Ophthalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

1922-1923

M. SEBILEAU

*Médecin-Chef de la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
de l'Hôpital Lariboisière*

A mes autres Maîtres

A M. PHILIBERT

Professeur Agrégé de Bactériologie à la Faculté

A MM. JOLIVET, CIVATTE, FERRAND, DUFOURMENTEL,
MIEGEVILLE, BONNET-ROY, TRUFFERT, CHATEL-
LIER.

INTRODUCTION

La Syphilis des maxillaires est la question à l'ordre du jour. Thèses, publications, articles de revues, communications aux Sociétés savantes, se succèdent, se pressent, se bousculent. La Syphilis des mâchoires considérée comme très rare, apparaît aujourd'hui comme très fréquente à qui sait la rechercher et la dépister.

Il y a plus : alors que pour les anciens, la Syphilis se manifestait presque uniquement au maxillaire supérieur, il semble aujourd'hui, qu'elle soit plus fréquente à la mandibule ; bien entendu, si l'on excepte certaines localisations du maxillaire supérieur : à l'apophyse palatine et à la branche montante. Il apparaît que, cliniquement, la question soit définitivement mise au point et il nous est agréable de constater que ce sont des travaux français : la thèse de Chabaud, inspirée par Julien, en 1885 ; la thèse de Mouton, écrite sous la direction du Professeur Jacques, de Nancy ; la thèse de Mlle Milon, inspirée par Maurel, stomatologiste des hôpitaux, qui marquent les grandes étapes de l'histoire clinique de la syphilis du maxillaire.

C'est encore M. Maurel, en collaboration avec M. Bercher, stomatologiste du Val-de-Grâce, qui, dans un travail original, publié dans la *Revue de Stomatologie*, étudiera d'une façon complète la syphilis du maxillaire inférieur et plus particulièrement le syphilôme diffus.

Les observations princeps de ce travail capital ont été recueillies dans le service du Professeur Sebileau, à l'hôpital Lariboisière, alors que M. Maurel était son interne.

C'est qu'en effet, la clinique oto-rhino-laryngologique de Lariboisière est un centre important de chirurgie maxillo-

faciale, et le service préféré des malades atteints de grosses complications d'origine dentaire.

Aussi bien, à notre tour, nous avons eu la bonne fortune d'observer et de suivre un certain nombre de malades syphilitiques atteints de nécrose des maxillaires. M. Bonnet-Roy, Chef de Clinique du service, a bien voulu attirer notre attention sur certains malades souffrant d'accidents infectieux d'origine dentaire à évolution singulière, d'allure traînante et déterminant rapidement une nécrose de l'os, avec élimination de séquestres, affection résistant au traitement chirurgical habituel et guérissant si on lui associe un traitement général anti-syphilitique.

Il nous a paru opportun d'attirer l'attention des médecins et des spécialistes sur ce point particulier de l'évolution inattendue du vulgaire abcès dentaire chez certains syphilitiques. Ces faits, mieux connus, permettent d'une part de soupçonner et de mettre en évidence une syphilis ignorée ou cachée, et d'autre part, d'instituer parallèlement au traitement local un traitement général spécifique qui, modifiant l'état humoral de l'individu, aide puissamment à la guérison de l'affection.

Notre but aussi est, non plus d'étudier la Syphilis des maxillaires, considérée en dehors de l'appareil dentaire, mais au contraire en étroite dépendance avec cet appareil.

Les accidents d'origine dentaire nous semblent dans certains cas constituer un *locus minoris resistentiæ* et, dans d'autres cas, être le point de départ d'une affection secondaire qui vient modifier et compliquer l'évolution d'une lésion jusque-là purement syphilitique.

Dans le présent travail, nous étudierons tout d'abord l'historique de la question.

Nous passerons ensuite rapidement en revue les formes cliniques classiques de la syphilis des mâchoires, et nous entrerons dans le vif de notre sujet, à savoir :

1^o *Du rôle important joué par le système dentaire dans la Syphilis des mâchoires.* — Ce rôle pouvant être considéré d'un double point de vue :

a) Les lésions dentaires peuvent, dans certains cas, être une cause d'appel de la Syphilis sur les maxillaires.

b) L'infection d'origine dentaire peut venir compliquer

la lésion syphilitique, et, de torpide, silencieuse qu'elle était, cette infection acquiert, de ce fait, une allure aiguë.

2^o *De l'évolution singulière d'abcès ou ostéo-phlegmons d'origine dentaire chez certains syphilitiques.*

Nous ouvrons ici une parenthèse où nous esquisserons l'étude des accidents infectieux dentaires chez les tabétiques.

Dans un dernier chapitre, nous traiterons de la thérapeutique de ces affections.

Bien entendu, nous éliminons de ce travail l'étude des ostéites du maxillaire, survenues chez le syphilitique, comme complication de la stomatite mercurielle.

... Nous sommes heureux que cette thèse nous donne l'occasion d'assurer notre maître M. le Professeur Sebileau, de toute notre gratitude. Nous le remercions, de nous avoir fait l'honneur d'accepter la Présidence de ce modeste travail.

Si dans cette thèse, quelque chose doit retenir l'attention, tout le mérite en revient à son enseignement magistral, que nous sommes fier d'avoir reçu.

Nous associons aussi dans notre gratitude son chef de clinique, M. Bonnet-Roy. Non content de nous inspirer le sujet de notre thèse, de nous procurer des observations, de nous aider de ses conseils, il a poussé l'amabilité jusqu'à nous faire tenir par écrit la communication orale qu'il fit à la Société d'Odontologie sur les rapports de la Syphilis des maxillaires avec le système dentaire.

Enfin, nous ne saurions manquer d'assurer de notre reconnaissance, nos maîtres de l'Ecole de Stomatologie et plus particulièrement MM. Rodier, Chompret, Rousseau-Decelle, qui nous ont aidé de leurs conseils, de leur grande expérience et fait tenir des observations absolument remarquables.

HISTORIQUE

Si l'on excepte la gomme du palais qui lèse, comme on le sait, l'apophyse palatine du maxillaire supérieur, la syphilis des maxillaires semble n'avoir intéressé qu'à un degré médiocre, les médecins jusqu'à la seconde moitié du XIX^e siècle.

Dans le Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, nous lisons :

« Les lésions syphilitiques occupent ordinairement la voûte palatine, l'apophyse montante, l'arcade alvéolaire, rarement le corps du maxillaire supérieur, presque jamais le maxillaire inférieur. »

Le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique, explique que si le maxillaire inférieur est rarement atteint de syphilis, cela tient, sans doute, à l'épaisseur de l'os et à sa vascularisation.

En 1878, Fournier rapportait un cas de syphilis du maxillaire inférieur avec paralysie du nerf mentonnier par lésion des prémolaires inférieures.

Dans l'édition de 1875 de son *Trailé des maladies vénériennes*, Julien nous apprend, à la page 874, que la nécrose syphilitique n'est pas très rare au maxillaire supérieur où elle frappe surtout les alvéoles supérieurs. Il y a d'abord mortification osseuse, ébranlement, puis chute des dents et enfin la gencive se tuméfie, rougit, s'ulcère et détruit peu à peu la muqueuse, en donnant un écoulement nauséabond.

Il insiste aussi sur la nécrose de l'os incisif qui se détache, s'isole, devient mobile et fait saillie en avant. Mais il passe rapidement sur ces deux formes pour insister sur la gomme du palais. Pas une ligne sur la syphilis du maxillaire infé-

rieur. Mais il se devait, en 1885, de combler cette lacune. Il inspirait à son élève Chabaud, une thèse sur la syphilis du maxillaire inférieur, où il publie quatorze observations de gomme de la mandibule.

Chabaud distinguait trois formes cliniques :

1^o L'ostéo-périostite gommeuse.

2^o Les exostoses ou hypérostoses.

3^o La raréfaction progressive des arcades alvéolaires.

En 1884, Lannelongue, communiquait à la Société de Chirurgie un cas de syphilis congénital du maxillaire inférieur, se caractérisant par des exostoses.

En 1887, Aguilhon de Sarran, publiait dans la *France Médicale*, deux cas de syphilis alvéolaire, dont l'un intéressait surtout la région incisive, l'autre la région des molaires.

En 1893, Anthelme Combe, dans une communication faite au Congrès d'Otologie et de Laryngologie, rapportait un cas très intéressant de nécrose du maxillaire supérieur, à marche insidieuse et à diagnostic imprécis, suivi de l'élimination d'une partie notable du maxillaire.

En 1895, trois belles observations de nécrose syphilitique de l'os incisif sont publiées par Verchère.

Cette singulière affection devait depuis susciter d'une façon toute spéciale l'intérêt des stomatologistes. Qu'il nous suffise ici de citer les noms de :

Chompret, qui publiait trois observations en 1900, dont une de Rodier ;

Pietkiewicz, qui observe la même affection chez un joueur de flûte ;

Veillard, avec les deux cas de gomme de la région inter-maxillaire ;

Le travail de Lebedinstay, les thèses de Frison, Ducourneau et Juvin.

Treitel raconte le cas d'une syphilis de la mâchoire ayant débuté comme un empyème de sinus, suivi de nécrose de la paroi antérieure et élimination d'un vaste séquestre comprenant la canine et une prémolaire.

En 1903, Friteau publie vingt-six cas de gommes du maxillaire supérieur.

La même année, dans la *Revue Générale de Clinique et*

Thérapeutique du 24 Octobre, se trouve relatée l'histoire d'une nécrose syphilitique du maxillaire inférieur.

En 1905, paraît la thèse de Mouton, élève du Professeur Jacques, de Nancy. Cette thèse, très complète, est une bonne mise au point de la syphilis du maxillaire supérieur, envisagée spécialement dans ses rapports avec les affections du système dentaire.

Aux cas connus de syphilis au maxillaire supérieur, exception faite de ce qui regarde la syphilis de l'apophyse palatine et de la branche montante, l'auteur ajoute trois observations de gommes circonscrites, diagnostiquées, suivies, traitées et guéries par le Professeur Jacques. Nous aurons plusieurs fois, au cours de ce travail, l'occasion de revenir sur ces observations.

En 1911, Monod relate dans la *Revue de Stomatologie*, un cas de nécrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique.

En 1912, ce sont Gaucher, Gougerot, Meaux Saint-Marc qui publient, dans le *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, un cas d'ostéite du maxillaire inférieur chez un tabétique.

En 1921, paraît la thèse de Mlle Millon, consacrée à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur et d'une façon plus particulière à l'ostéite nécrosante de la mandibule.

En 1922, dans le numéro d'avril de la *Revue de Stomatologie*, J. Bercher et Maurel publient un article important sur la syphilis tertiaire du maxillaire inférieur. Mémoire d'une importance capitale auxquels nous avons fait de larges emprunts.

En Mars 1923, G. Picot et C. Ruppe, dans la *Presse Médicale*, relatent l'histoire d'un cas de syphilis du maxillaire inférieur, compliqué de noma et terminé par la mort.

En Avril dernier, M. Bonnet-Roy fait à la Société d'Odontologie une communication sur la syphilis des maxillaires des mâchoires, envisagée dans ses rapports avec les accidents dentaires.

En résumé, nous pouvons conclure de cet exposé succinct de l'histoire de la syphilis des maxillaires, à l'existence de deux étapes très tranchées. Une première, où les auteurs ne parlent qu'incidemment de cette localisation de la vérole et la considèrent comme exceptionnelle au maxillaire supé-

rieur, et pour ainsi dire inexistante au maxillaire inférieur.

Julien, dans son traité de 1873 ne mentionnera même pas cette dernière localisation.

Cette étape prend fin avec la thèse de Chabaud sur la syphilis du maxillaire inférieur.

Une deuxième étape, où l'histoire clinique de la syphilis des mâchoires semble définitivement écrite et sera l'œuvre : 1^o du Professeur Jacques, de Nancy, avec la thèse de son élève Mouton ; 2^o des nombreux stomatologistes qui ont étudié la nécrose de l'os incisif, question admirablement traitée dans la thèse de Frison, élève de Sebileau ; 3^o de Bercher et Maurel, dans l'article paru dans la *Revue de Stomatologie* et dans la thèse de Mlle Millon. Les premiers, mettent au point la question de la Syphilis tertiaire du maxillaire supérieur, les seconds, celle de la Syphilis tertiaire de la mandibule.

Quant aux ouvrages classiques actuels, s'ils reproduisent fidèlement les descriptions et les conclusions de la thèse de Mouton, pour ce qui regarde la syphilis du maxillaire supérieur, ils continuent d'ignorer la syphilis tertiaire de la mâchoire inférieure et la considèrent comme très rare.

Leur description ne paraît pas tant être l'image fidèle de faits observés, que le reflet exact de la description, mieux connue, de la syphilis du maxillaire supérieur.

Nul doute que bientôt cette lacune ne soit comblée et que toute personne étudiant dans les classiques la syphilis de la mandibule n'éprouve plus cette surprise, cet étonnement, que Mlle Millon, dans sa thèse, dit avoir ressentis.

A la lumière des faits nouveaux, nous allons passer rapidement en revue les formes classiques actuellement décrites de la Syphilis des Mâchoires.

SYPHILIS DES MAXILLAIRES

Avec les classiques, nous écarterons du cadre de la syphilis des maxillaires, la résorption progressive des arcades alvéolaires.

Nous étudierons d'abord la syphilis du maxillaire supérieur, puis la syphilis de la mandibule, ordre logique et d'ailleurs conforme à celui établi par l'histoire :

A) **Syphilis du maxillaire supérieur.** — On considère deux formes cliniques :

1^o L'hypérostose ou exostose.

2^o La gomme circonscrite.

La première est rare et précoce. La seconde est fréquente et tardive. Certains auteurs rattachent à cette dernière le mal perforant buccal.

La gomme montre une prédilection pour l'apophyse palatine et l'apophyse montante. Elle se localise parfois à l'apophyse orbitaire ; mais de toutes ces gommes nous ne dirons rien, elles n'ont aucun rapport avec les dents.

Le plus intéressant, à notre point de vue, ce sont les gommes de l'os incisif du procès alvéolaire de la face jugale de l'os.

B) **Syphilis du maxillaire inférieur.** — On peut actuellement considérer trois formes :

1^o L'hypérostose ou exostose ;

2^o La gomme circonscrite.

3^o Le syphilôme diffus.

L'hypérostose se montre ici plus fréquente qu'au maxillaire supérieur. Elle survient généralement au début de la période tertiaire, mais on l'a vue apparaître à la fin de la

période secondaire. Elle peut, dans certains cas, se ramollir et se transformer en une gomme vulgaire.

La *gomme circonscrite* est rare, exceptionnelle. Elle présente un siège d'élection : l'angle de la mâchoire.

Le *Syphilôme diffus* paraît, au contraire, beaucoup plus fréquent. Il a fait l'objet de la thèse de Mlle Millon et, avec elle, on peut considérer dans son évolution, deux stades :

Un stade de début, caractérisé surtout par son insidiosité, son allure torpide. C'est à peine si à ce moment, on note dans les observations, que le malade se plaint de vagues douleurs sourdes, qu'il localise à la mandibule, soit à la région mentonnière ou à l'angle de la mâchoire, en même temps qu'il s'aperçoit d'un léger gonflement.

La tuméfaction augmente de volume — elle s'élargit — la mâchoire finit par apporter une certaine gêne fonctionnelle, mais il n'y a toujours pas de douleur vive.

On note également l'absence de toute modification de la coloration des téguments.

Le malade n'est pas fébrile. Son état général est bon.

Dans certains cas cependant, on a pu croire à une inflammation chronique de l'os d'origine dentaire.

Si à ce moment le diagnostic est porté, le traitement spécifique institué, l'affection guérit sans autre incident, mais il en est rarement ainsi.

La lésion, laissée à son évolution spontanée, marche vers le ramollissement, la suppuration, l'ulcération des parties molles, la fistularisation par laquelle s'échappe un flot de pus fétide.

Dans certains cas, la réaction inflammatoire est très marquée et on se croit en présence d'un ostéo-phlegmon d'origine dentaire. Ce qu'il a de particulier, c'est la persistance par les fistules d'une suppuration abondante d'un liquide jaune verdâtre, grumeleux, mal lié, fétide, que l'examen plus approfondi de la lésion au stylet et à la radiographie montre lié à l'existence d'une vaste nécrose de l'os et à la présence d'un ou plusieurs séquestres généralement volumineux.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Manifestation inflammatoire de la syphilis des maxillaires. — La cause déterminante de ces affections, la Syphilis, peut affecter le maxillaire dans ces deux modalités de Syphilis acquise ou héréditaire.

C'est surtout au cours de la période tertiaire, parfois à la fin de la période secondaire, voire même d'une façon précoce, si l'on en croit Mauriac, qu'elle se localise aux mâchoires.

Dans toute la littérature médicale, nous ne relevons qu'un seul cas d'accident primaire ayant lésé et nécrosé en partie l'os maxillaire supérieur. C'est une observation publiée par M. Rodier, de chancre du frein de la lèvre supérieure, à allure ulcéreuse, phagédénique, terminée par la nécrose et l'élimination de l'os incisif.

Parmi les causes prédisposantes, les auteurs ne notent rien de caractéristique pour ce qui regarde le sexe et l'âge.

La syphilis des maxillaires a été observée à tous les âges et les deux sexes sont également touchés.

Le climat, par contre, aurait, pour les classiques, une action indéniable. La syphilis des maxillaires se montre plus fréquente sous les tropiques, mais nous ferons remarquer que depuis qu'on sait la rechercher, on la rencontre souvent, même à Paris.

Ce qui, à notre point de vue, est beaucoup plus intéressant, c'est de rechercher quelles sont, pour les classiques, les relations qui existent entre la syphilis des maxillaires et l'appareil dentaire.

Pour ce qui regarde la syphilis du maxillaire supérieur, nous lisons dans la thèse de Mouton, page 57 :

« Si, dans certains cas, une périostite dentaire a pu être
« un *locus minoris resistentiæ* et un appel pour la syphilis,
« dans la grande majorité des gommages des maxillaires, les
« auteurs ont constaté un état parfait des dents.

« Il ne semble donc pas y avoir un rapport bien impor-
« tant entre la syphilis des maxillaires et le mauvais état
« du système dentaire. Si, d'ailleurs, les affections dentaires
« avaient tant d'importance sur la localisation de la syphilis
« sur le maxillaire, les docteurs en donneraient des obser-
« vations autrement nombreuses, que celles que l'on trouve
« dans la littérature médicale ».

Mlle Millon dans sa thèse, page 20, s'exprime ainsi :

« Il semble tout naturel de penser que les ostéites banales
« d'origine dentaire peuvent créer un appel pour l'infection
« syphilitique.

« Cette conception est contredite par les faits. Dans
« toutes les observations que nous avons recueillies, il n'y
« avait pas trace de lésion du côté des dents », et, dans ses
conclusions, elle est à ce sujet très formelle : « Cette loca-
« lisation (de la syphilis) sur le maxillaire inférieur, n'a pas
« de rapport avec les infections dentaires. »

MM. Bercher et Maurel se montrent plus éclectiques et reconnaissent aux infections d'origine dentaire un rôle non négligeable pour ce qui regarde l'évolution du syphilôme diffus.

Ils semblent, les premiers, poser le problème dans toute son ampleur. Ils sont frappés par ce fait que l'on retrouve à l'origine de l'ostéo-myélite, des lésions dentaires (carie pénétrante) et retiennent que les syphilitiques peuvent nécroser une partie importante de leur maxillaire inférieur, soit que l'os soit frappé d'emblée par le processus gommeux sans cause appréciable à la localisation, soit au contraire, que cette nécrose ait été favorisée par une infection à porte d'entrée dentaire.

MM. Picot et Ruppe écrivent, à propos d'un cas de syphilôme diffus avec nécrose du maxillaire compliqué de noma, que, pour expliquer cette suppuration abondante et cette vaste nécrose, on se trouve en présence de trois théories. Il peut s'agir :

1° D'une ostéo-myélite d'origine dentaire évoluant sur

un terrain syphilitique et revêtant, de ce fait, une allure et une gravité particulière.

2^o Soit de syphilis osseuse pure, la syphilis étant capable à elle seule de jouer ce rôle nécrosant.

3^o Soit de syphilis osseuse infectée secondairement par voie buccale, l'infection secondaire étant responsable de l'étendue du séquestre.

MM. Picot et Ruppe se rallient à cette dernière hypothèse : Syphilis d'abord, infection secondaire d'origine buccale ensuite.

Cette hypothèse se trouverait d'ailleurs vérifiée par d'autres affections du maxillaire, entre autres, la nécrose phosphorée et la tuberculose du maxillaire. Ils rappellent à ce propos que dans une thèse consacrée par Lefay à cette dernière affection, on lit :

« La fonte du tissu osseux est lente lorsque le bacille de
« Koch agit seul, mais elle devient rapide, étendue, dès
« qu'arrivent les infections mixtes. Cette considération
« est pour nous l'explication d'un symptôme incontestable-
« ment le plus particulier de l'ostéite du maxillaire. Nous
« voulons parler de l'étendue du décollement du périoste et
« de l'importance des nécroses, aucun point du squelette
« touché par la tuberculose ne fournit de séquestres aussi
« considérables. »

Nous pensons qu'il y a intérêt à sérier les questions et à serrer d'un peu plus près le problème. Il nous paraît illogique d'étudier la syphilis des maxillaires sans tenir compte du système dentaire qu'ils supportent.

Aussi bien nous allons passer en revue :

1^o Les rapports qui unissent le système dentaire et les lésions inflammatoires des maxillaires de nature syphilitique.

2^o Proposition inverse : du rôle joué par le terrain syphilitique sur l'évolution d'accidents infectieux d'origine dentaire.

1^o *Des rapports qui unissent le système dentaire et les lésions inflammatoires des maxillaires de nature syphilitique.* — Ici encore, nous ferons une subdivision. Nous essayerons de rechercher :

A) Si la lésion dentaire peut être une cause d'appel pour la localisation de la syphilis aux maxillaires.

B) De la modification apportée dans l'évolution d'une lésion spécifique du maxillaire par une infection d'origine dentaire.

**A. — LES LÉSIONS DENTAIRES
SONT-ELLES SUSCEPTIBLES DE CRÉER,
EN UN POINT DU MAXILLAIRE,
UN « LOCUS MINORI RESISTENTIAE »**

Ce qui caractérise la syphilis, c'est son évolution intermittente. Elle procède par accès, elle présente des périodes d'activité qui alternent avec des périodes de latence, si bien que le clinicien a pu lui considérer trois périodes, voire même quatre, la dernière comprenant toute la para-syphilis de Fournier.

Son évolution, malgré les progrès apportés dans la connaissance de cette maladie par le laboratoire (découverte du microbe letréponème et d'un état spécial quasi spécifique du sérum de l'individu mis en évidence par la réaction du Bordet-Wassermann) reste mystérieuse.

Pourquoi ces réveils subits de l'infection ? — Pourquoi ces localisations les plus étranges aux divers appareils suivant les individus ? — Pourquoi, pour un même système anatomique, le squelette par exemple, ces sièges d'élection, voire même pour un os comme le maxillaire supérieur ces localisations préférées ?

Autant de questions qui restent sans réponse.

Cependant, une chose paraît admise par tous : c'est la valeur localisatrice d'un traumatisme pour la syphilis, — c'est un fait indéniable qu'un traumatisme brutal et unique, ou doux, léger, mais répété, réveille et localise l'infection syphilitique.

Aussi bien, pour ce qui nous regarde, sans affirmer que les accidents infectieux d'origine dentaire localisent au maxillaire le tréponème, nous ne pouvons qu'être frappés par ce

fait qu'étudiant très attentivement à ce point de vue les observations de syphilis des maxillaires publiées dans les thèses, revues générales ou communications aux Sociétés savantes, dans presque toutes, nous trouvons notées des lésions dentaires.

L'accident dentaire ferait-il le lit à la syphilis ou y aurait-il simplement coïncidence ? Nous savons tous combien il est difficile de prendre parti en cette matière.

Voici des faits :

Dans l'observation 2, de la thèse de Mlle Millon, nous apprenons que la malade vu en 1921, avec un syphilôme diffus de la mandibule, localisé du côté droit, avait, neuf ans auparavant, en 1912, fait une fracture de cet hémimaxillaire, à la suite de l'extraction simultanée par un coiffeur (*sic*) de deux grosses molaires inférieures droites cariées.

L'observation 4, publiée par Jean Monod dans la *Revue de Stomatologie*, concerne un homme de 21 ans qui entre au Val-de-Grâce pour une tuméfaction de toute la région latérale gauche de la mâchoire inférieure, avec œdème modéré de la joue remontant vers l'œil.

Ces accidents, à leur début, ont été pris pour des accidents inflammatoires de dents de sagesse et les troisième et deuxième molaires ont été enlevées à ce moment.

Il paraît absolument étrange que ces dents aient été extraites si les phénomènes présentés à cette époque par le malade n'eussent pas une allure nettement aiguë, ce qui n'est pas le fait habituel de la syphilis. Malheureusement, l'observation ne nous dit rien de l'état des dents. Étaient-elles saines ou cariées ? — Leur avulsion a-t-elle été suivie de l'apparition de pus ? — Nous n'en saurons jamais rien.

Quoiqu'il en soit, cet empatement persiste et augmente même de volume, malgré un traitement anti-syphilitique et des soins locaux. La suppuration reste abondante, et le 5 Décembre, on pratique une opération : on enlève un séquestre étendu à toute la portion gauche de la mandibule.

Dans l'observation 8, résumée d'après Chabaud, on voit que le début des accidents est marqué par un gonflement considérable de la région gingivale correspondant à la canine et aux deux prémolaires inférieures gauches, avec

fièvre et troubles gastriques. L'extraction de ces dents s'impose. Elles seraient saines d'après l'observation.

A priori, nous ne mettons pas en doute ces faits, mais, quel début singulier et brutal pour une lésion syphilitique...

Des autres observations au nombre de sept, quatre concernent des nécroses du maxillaire chez les tabétiques (observations 3, 6, 7 et 10). Des trois autres, dans deux (5 et 9), on n'a pas assisté au début de l'affection.

Cependant, il est à remarquer que la malade qui fait l'objet de l'observation 5, quand elle se présente à l'examen, a déjà perdu 7 dents de la mâchoire inférieure, et que l'homme de l'observation 9, deux mois avant d'être opéré pour extraction d'un séquestre, a subi l'avulsion de deux molaires cariées.

La dernière observation qu'il nous reste à étudier, c'est-à-dire la première de la thèse, paraît, au contraire, un cas typique de syphilôme diffus sans lésion dentaire.

Ces cas existent, nous ne le nions pas et nous publierons plus loin l'observation inédite due à l'obligeance de M. Rousseau-Decelle, stomatologiste des Hôpitaux.

Si nous passons maintenant au travail de Maurel et Bercier, publié dans la *Revue de Stomatologie*, nous voyons que le malade, de l'observation 1, pour ce qui regarde son système dentaire, présente des incisives inférieures gauches saines ; l'incisive latérale légèrement mobile est située près de l'extrémité antérieure du séquestre, mais en avant de lui. Au contact du séquestre lui-même, il existe une racine de prémolaire ou de canine, puis une deuxième prémolaire saines.

Plus en arrière, la dent de 12 ans est saine, la dent de 6 ans a été extraite antérieurement. Avant l'entrée à l'hôpital, les phénomènes pathologiques, du côté du maxillaire inférieur, étaient en évolution depuis 6 mois environ. Ils paraissent, autant qu'il est possible d'en juger rétrospectivement, avoir débuté par des accidents dentaires en rapport avec la prémolaire inférieure gauche.

Ces accidents ont été marqués par des phénomènes fluxionnaires, avec issue de pus par la cavité buccale, ayant nécessité une incision sous-maxillaire et, peu de jours après sous anesthésie générale, l'extraction de la première pré-

molaire. Voici donc une observation catégorique et explicite sur le début dentaire des accidents.

L'observation 2 de ce travail a été publiée dans la thèse de Mlle Millon, sous le numéro 7.

Quant à l'observation 3, elle relate l'histoire clinique d'une gomme circonscrite de l'angle de la mandibule, avec intégrité du système dentaire.

De l'étude de la thèse de Mouton, consacrée à la syphilis du maxillaire supérieur, dans ses rapports avec le système dentaire, nous notons que, des trois observations inédites de gommages circonscrites, dûes à l'obligeance du Professeur Jacques, toutes semblent au début avoir été l'objet d'erreur de diagnostic et furent considérées comme de vulgaires abcès d'origine dentaire.

Dans les trois observations, il est à noter que les dents situées au droit de la lésion étaient le siège de carie pénétrante.

Si on considère, d'autre part, la syphilis de l'os incisif, on voit que tous les auteurs semblent d'accord pour attribuer au traumatisme d'origine dentaire, un rôle capital dans cette localisation, soit que l'individu ait un mauvais articulé dentaire, bout à bout, comme dans le cas d'Amoédo, avec cette aggravation qu'il existait en plus de la pyorrhée, soit que les dents soient l'objet d'un traumatisme répété, comme chez le joueur de flûte, qui fait l'objet de la communication de Pietkiewicz, soit, comme le note M. Chompret, que cet os soit le siège de pression et de chocs répétés de la part des incisives inférieures.

Mais encore ici, nous notons dans un cas de nécrose de l'os incisif, publié par le Professeur Chompret, que cette lésion est survenue chez un spécifique, porteur de lésions ulcéreuses syphilitiques de la région canine droite, autour d'une dent atteinte de carie du 4^e degré et qu'il y a eu élimination de la dent et d'un séquestre alvéolaire.

Pour nous résumer, nous dirons qu'il existe — et l'observation le démontre — des cas de syphilis des maxillaires indépendantes de toute lésion dentaire, mais qu'il est plus fréquent que ces lésions co-existent avec une mauvaise denture et soient assez souvent précédées d'accidents infectieux dentaires et de traumatismes d'origine dentaire, en

particulier pour ce qui a trait à la syphilis de l'os incisif.

Il nous paraît qu'il y a là plus qu'une coïncidence, une relation très nette de cause à effet, sans qu'il nous vienne à l'idée de conclure qu'un syphilitique à mauvaise denture fera nécessairement, fatalement, une syphilis inflammatoire du maxillaire.

Il court plus de risques qu'un syphilitique qui a une denture saine et c'est tout.

B. — ROLE DE L'INFECTION D'ORIGINE DENTAIRE DANS L'ÉVOLUTION D'UNE LESION SYPHILITIQUE DES MAXILLAIRES

La caractéristique de la syphilis osseuse, que ce soit une gomme ou un syphilôme diffus, c'est, nous l'avons vue, la torpidité, l'insidiosité, la lenteur de son évolution et alors même qu'elle se ramollit, qu'elle s'ulcère et se fistule, l'écoulement d'un liquide spécial, gommeux, qui n'est pas du vrai pus. Or, nous n'avons pas été peu frappés à la lecture de presque toutes les observations de syphilis des maxillaires de constater que, à un moment donné de leur évolution, il y avait suppuration vraie, voire même une suppuration fétide.

Nous pensons que dans ces cas, il faut nécessairement, faire intervenir une infection secondaire. Nous croyons que l'on doit, reconnaître à cette infection secondaire, une origine dentaire.

C'est pour nous l'hypothèse la plus simple, la plus logique, la plus vraie. Mais voyons plutôt les faits :

Dans la thèse de Mlle Millon, au chapitre des formes de syphilôme diffus du maxillaire, nous trouvons décrite, une forme rapide, maligne. Dans ces cas la tuméfaction rapidement se ramollit, fluctue, s'ulcère et donne lieu à une quantité abondante de pus, le plus souvent fétide, suppuration qui persiste par une fistule qui mènera le stylet explorateur sur un os dénudé, nécrosé. C'est le cas de l'observation 4 où l'affection a une marche aiguë. Or, que donne l'examen de l'appareil dentaire ? Les 2^e et 3^e molaires gauches de la mandibule ont été enlevées, dès que les accidents sont apparus et plusieurs mois après leur extraction, à leur place, la gen-

cive ne s'est pas cicatrisée, elle est déchirée, elle laisse suinter du pus et le stylet introduit donne la sensation nette d'un os nécrosé.

Dans l'observation 9, on trouve, que deux mois avant l'élimination du séquestre, deux molaires cariées avaient été extraites.

L'observation 1, du travail de Bercher et Maurel, est la plus explicite et si j'osais dire, je la qualifierais de schématique.

Quand ce malade se présente à la Clinique oto-rhino-laryngologique de M. le Professeur Sebileau, on trouve au contact du séquestre lui-même, une racine de prémolaire ou de canine gauches et le début semble avoir été marqué par des accidents dentaires en rapport avec les premières prémolaires inférieures gauches. L'observation que viennent de publier MM. Picot et Ruppe a également retenu notre attention. C'est un malade, chez qui l'affection débute par des bosselures du front légèrement douloureuses, puis, à la même époque, il commence à souffrir un peu du maxillaire inférieur du côté droit qui a augmenté de volume. Le malade croit à un accident d'origine dentaire et consulte un dentiste qui lui extrait une prémolaire et la 1^{re} molaire inférieures droites.

Cette opération le soulage. Cependant bientôt, les douleurs réapparaissent et il entre dans le Service du Professeur Cunéo, à Lariboisière. Dès son entrée, les auteurs notent de la pyorrhée. Les incisives inférieures et les canines sont déchaussées, branlantes, recouvertes de tartre. La muqueuse est rouge, un peu tuméfiée, la pression y fait sourdre du pus. Dans les jours qui suivent les choses se gâtent, c'est le sphacèle, la nécrose et la mort. Les auteurs de conclure à une infection secondaire d'origine buccale et d'écarter l'infection d'origine dentaire.

Rappelons également, que dans les trois observations de syphilis du maxillaire supérieur, publiées dans la thèse de Mouton, il y a co-existence de dents cariées ou de chicots, avec des gommès du maxillaire.

Dans les autres observations, où les auteurs insistent avec complaisance, sur l'intégrité des dents, comment se comportent ces dernières au cours de l'évolution de l'infection

syphilitique : on peut considérer deux cas. Dans le premier cas les phénomènes dentaires marquent, semble-t-il, le début de la maladie et attirent l'attention. Les dents sont ébranlées, tombent spontanément, puis apparaît la tuméfaction qui s'ulcère, se vide en donnant libre cours à son contenu de liquide purulent, d'odeur horriblement fétide. Parfois, les dents résistent un peu plus longtemps, mais alors que l'infection arrive à son stade d'état, les dents tombent d'elles-mêmes, le malade les cueille dans sa bouche.

Dans un deuxième cas, il arrive cependant, que les dents résistent et soient éliminées avec le séquestre.

Que faut-il conclure ?

Nous faudra-t-il admettre, avec Mouton et Mlle Millon, que la syphilis est tout, qu'elle suffit à former ces abcès à caractère parfois nettement inflammatoire, d'où s'écoule du pus franc, abondant, horriblement fétide, et non plus, cet écoulement filant, gommeux, caractéristique de la gomme ; que sans infection secondaire surajoutée, la syphilis puisse provoquer ces vastes décollements périostés, ces séquestres parfois volumineux. Nous avouons, ne pas pouvoir nous résigner à admettre cette théorie. Nous trouvons plus séduisante la théorie qui veut, que l'infection secondaire existe et qu'elle soit d'origine buccale. On pourrait admettre dans l'évolution de la syphilis deux phases, l'une où la lésion reste fermée, l'autre, de lésion ouverte avec fistule, qui permettrait à l'infection secondaire buccale d'emprunter cette voie toute tracée pour entrer en scène. C'est la théorie admise par Lefay et défendue dernièrement par MM. Picot et Ruppe. On peut, me semble-t-il, lui adresser quelques critiques.

Nous sommes, en effet, frappés par ce fait surprenant, que le milieu buccal, loin de se montrer défavorable à la cicatrisation des plaies bucco-maxillaires, se montre au contraire, un cicatrisant merveilleux. Quelle surprise pour un novice, de voir, ces larges brèches, pratiquées dans les maxillaires au cours d'une intervention pour une tumeur bénigne ou maligne, guérir avec une rapidité et une constance, qui tiennent du prodige. N'est-ce pas aussi, cette absence de septicité du milieu buccal, qui a permis de réaliser ces larges restaurations maxillo-faciales au cours de la dernière guerre ?

Cependant, on peut, il est vrai, admettre qu'au cours de la syphilis des maxillaires qui a déjà touché l'os, qui a créé une cavité irrégulière avec des racoins, des anfractuosités qui se drainent mal, les microbes d'origine buccale puissent par ce fait acquérir une virulence spéciale.

Il nous reste une troisième hypothèse, à la lésion syphilitique viendrait se surajouter une infection d'origine dentaire. Tous lui ont fait la part petite et cependant, les lésions dentaires sont fréquentes au cours de la syphilis du maxillaire. Elles peuvent précéder celles-ci ou co-exister avec elles. Beaucoup de ces malades sont porteurs de dents cariées, de racines, de chicots, sans compter ceux qui sont pyorrhéiques et d'aucuns ont vu leur affection se révéler par une complication infectieuse d'origine dentaire. Quant aux autres qui, pour les auteurs, cueillent dans leur bouche des dents saines, qui tombent des maxillaires comme un fruit mûr de la branche, sont-ils vraiment assurés que ces dents soient normales ? Pour expliquer une chute aussi facile, il faut bien admettre que les ligaments alvéolo-dentaires ont été touchés, lésés, détruits en partie, qu'il y eut infection, arthrite sans compter le cas où les dents mortifiées, ont pu entraîner des accidents infectieux.

Un fait paraît donc acquis, c'est la co-existence fréquente, sinon constante de lésions dentaires au cours de l'évolution des accidents syphilitiques des mâchoires. Or, on sait combien la dent malade est un excellent laboratoire d'exaltation de la virulence des microbes. Elle réalise le plus souvent, pour ces derniers, un merveilleux vase clos. Quoi de plus simple alors, que d'admettre que ces microbes à la virulence exaltée, trouvent dans l'os malade déjà touché, lésé, mortifié par la syphilis une proie, un superbe terrain de culture. N'est-ce pas cette infection secondaire qui va précipiter brusquement l'évolution jusque là torpide de l'affection, qui va la transformer en une affection aiguë pseudo phlégmoneuse ? N'est-ce pas encore elle qui va donner à ce pus ce caractère de fétidité qui n'appartient qu'à la suppuration par anaérobies stricts et non au tréponème ? Ne trouve-t-on pas dans cette hypothèse, l'explication de l'évolution chronologique de la lésion syphilitique, si variable avec les individus, tantôt rapide,

tantôt au contraire lente, torpide, d'une durée de plusieurs mois et qui brusquement se ramollit ? Dans le premier cas l'individu a une denture mauvaise, il a eu des dents cariées extraites ou il est porteur de chicots ou encore d'une pyorrhée. Dans les autres, au contraire, la denture paraissait saine et ce n'est que brusquement après la chute des dents que la tumeur se ramollit et se met à suppurer.

Nous trouvons encore un argument de plus en faveur de cette action du système dentaire sur l'évolution si spéciale des accidents syphilitiques des maxillaires, dans ce fait, qu'une lésion syphilitique survenant chez un individu porteur d'une denture absolument saine, va évoluer d'une façon tout à fait classique, lente, insidieuse et donner ainsi à la médication syphilitique, le temps d'entrer en action et d'apporter une guérison définitive, rapide avec *restitutio ad integrum*. Nous possédons de ce fait, des observations absolument typiques : l'une, publiée par M. Bercher et qui concerne une gomme de l'angle de la mandibule, l'autre récemment communiquée à la Société de Stomatologie, par M. Rousseau-Decelle ; la première guérie par le traitement bismuthique, la seconde dès le début si grandement améliorée par le même médicament, que l'on peut, dès maintenant, envisager une guérison absolue.

Pour nous résumer, nous dirons qu'il est fréquent, que les affections syphilitiques des maxillaires au cours de leur évolution spontanée, voient se surajouter à elles une infection secondaire d'origine dentaire qui explique : la fétidité du pus, la suppuration abondante, profuse, ces vastes décollements du périoste avec nécrose de l'os et formation de volumineux séquestres, la chronicité des lésions et l'impuissance du traitement général à assurer aux stades de suppuration la guérison de la lésion s'il ne lui est pas associé un traitement local chirurgical, et enfin, que cette infection secondaire d'origine dentaire est pour nous l'explication des formes aiguës malignes du syphilôme diffus.

DE L'INFLUENCE DU TERRAIN SYPHILITIQUE SUR L'ÉVOLUTION DES ACCIDENTS INFECTIEUX D'ORIGINE DENTAIRE

Cette influence est pour nous capitale, riche de conséquences, mais avant de l'étudier en détails, nous rapporterons ici les observations résumées de quatre de nos malades.

OBSERVATION I

M. C..., 52 ans, entre dans la Salle Vieussens du service du Professeur Sebileau, pour une ostéo-périostite mandibulaire du côté gauche. Depuis trois mois, ce malade a subi l'avulsion de trois dents cariées. Le dernière extraction remonte à deux mois, depuis, le malade souffre de douleurs névralgiques intenses, irradiées à tout le côté gauche de la face ; en même temps que ces douleurs, sont apparues une fluxion de la joue gauche et une tuméfaction de la mâchoire inférieure de ce côté. Ces phénomènes locaux existent, accompagnés de signes généraux, de la fièvre. (Température, 39 degrés 6), de courbature généralisée et d'un état suburral. Le malade va consulter à Bichat, où la tuméfaction est incisée et ne donne issue qu'à un peu de sang. Il entre à l'hôpital Lariboisière quinze jours après, l'état général est mauvais, le malade est fébrile, courbaturé ; il souffre de douleurs spontanées de la mandibule irradiées à la moitié gauche de la face, il a peine à articuler et la mastication est impossible. L'examen donne tous les signes d'un ostéophlegmon de la mâchoire inférieure, étendu à toute la branche horizontale. Un trismus assez marqué rend difficile l'examen de la cavité buccale que montre l'absence des trois molaire du côté gauche, l'expression de la tuméfaction fait soudre par l'alvéole de la dent de six ans manquante, un peu de pus. Un stylet recourbé introduit dans cet alvéole donne le son mat de l'os dénudé, nécrosé. La radiographie faite le jour même montre la présence à gauche d'une grosse lésion ostéitique du tiers moyen de la mandibule.

Examen général. — A l'interrogatoire on apprend que le malade est syphilitique depuis trente ans. A cette époque, il a été soigné

à l'hôpital Saint-Louis, pour des accidents secondaires (roséole, plaques muqueuses). Le traitement institué a consisté dans l'injection de benzoate de mercure alternant avec des piqûres de bio-dure. Depuis, il a suivi très irrégulièrement un traitement anodin, absorbant des pilules de protoiodure, du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium. Le malade est retourné cependant se faire examiner à l'hôpital Saint-Louis, il y a deux ans, et, à la suite de cet examen, il aurait subi une série de dix piqûres de 914 et de six piqûres d'huile grise. L'année dernière, il aurait encore reçu le même traitement. A l'examen, on ne trouve aucun signe de syphilis en activité pas un seul signe de la série tabétique, les urines examinées à son entrée sont normales. La séro-réaction de Bordet Wassermann est négative.

Traitement. — Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, on fait une incision sous-maxillaire gauche. On tombe sur un magma osseux friable, intéressant la presque totalité du maxillaire de ce côté. Il est fait un curettage du foyer qui laisse une large cavité osseuse du volume d'une grosse amande, il reste une attelle osseuse inférieure qui assure la continuité osseuse. Malgré les soins post-opératoires, la suppuration persiste, une fistule s'établit et une seconde intervention est rendue nécessaire, dans les semaines qui suivent, pour l'extraction d'un petit séquestre. Cette fois, quoique le malade prétende être intolérant au 914, il reçoit des piqûres intra-veineuses de ce médicament, on ne lui fera que de petites doses, 30 cent. d'abord, puis 45. Rapidement la lésion s'améliore, la suppuration diminue, se tarit, et six semaines après, la fistule est fermée. Le malade guéri, quitte le service dans les premiers jours de mars et continuera à suivre le traitement à l'hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION II

M. B..., 48 ans, entre dans le service du professeur Sebileau, salle Bertin, le 20 février 1923, pour un ostéo-phlegmon de la mandibule du côté gauche. L'affection a débuté il y a neuf jours, par des douleurs spontanées de la dent de douze ans inférieure gauche, douleurs à caractère d'élancement, puis de battements sans irradiation cependant ; pas de névralgie faciale. La mastication rapidement devient douloureuse, et le malade a nettement l'impression d'allongement de la dent de douze ans. Trois jours après, le malade s'aperçoit de la présence d'une tuméfaction, développée dans le sillon vestibulaire inférieure gauche, qui augmente rapidement de volume et se montre très douloureuse. Il consulte un médecin qui porte le diagnostic d'ostéo-périostite d'origine dentaire et prescrit le traitement palliatif (bains de bouche très chauds, gargarismes, cachets anti-névralgiques). La tuméfaction continue à augmenter de volume et elle persiste à être très douloureuse, aussi le malade vient consulter à Lariboisière. A l'examen, on trouve

une tuméfaction oblongue, s'étendant en arrière presque à l'angle de la mâchoire et en avant jusqu'à la naissance du menton. Cette tuméfaction dure, résistante, fait corps avec l'os, mais n'adhère pas au plan superficiel. La palpation réveille une douleur assez vive. L'examen de la cavité buccale est rendu difficile par l'existence d'un trismus très marqué. Malgré cette gêne, on note, 1^o une pyorrhée alvéolaire; 2^o une carie profonde pénétrante de la dent de douze ans, à sa face distale, de plus, cette dent se montre douloureuse à la percussion de sa face triturante, et, ainsi que l'indique le malade, elle est mobile. Du côté vestibulaire, on retrouve la tuméfaction dure, résistante, douloureuse avec une douleur maxima au droit de la dent de douze ans; la face linguale de l'os est libre.

Ces phénomènes locaux sont accompagnés de signes généraux, le malade se plaint d'une courbature générale, d'un état subural marqué, la température est à 38. Le diagnostic dans le cas s'impose, on se trouve en présence d'un ostéo-phlegmon provoqué par une affection radiculaire de la dent de douze ans.

Examen général du malade. — L'interrogatoire nous apprend que le malade est syphilitique depuis vingt ans, qu'à cette époque il a été traité à l'hôpital Saint-Louis pour un chancre induré du gland, par des piqures de benzoate de mercure. Ce traitement a été poursuivi pendant les premiers mois de l'infection; depuis la maladie ne s'étant pas manifestée par aucun accident sensible au malade, celui-ci se traite seul et très irrégulièrement. Marié cinq ans après le début de son affection, il raconte que sa femme dans les premières années de son mariage a mené à terme trois grossesses, que les enfants sont nés vivants. Des trois enfants, deux devaient mourir l'un de méningite à huit mois, l'autre à treize mois, d'une maladie inconnue.

Le malade examiné par nous avec soin, surtout au point de vue d'une lésion possible du système nerveux central, paraît normal, la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée avec le sérum sanguin se montre négative.

Intervention. — Le 22 février, la malade est opéré par M. Bonnet-Roy qui, sous anesthésie générale, procède à l'avulsion de la dent malade et au curettage de l'alvéole. Par la brèche ainsi formée, il s'écoule un peu de pus.

Suites Opératoires. — Dans les jours qui suivent, la douleur disparaît, le trismus diminue, la tuméfaction regresse, mais la suppuration persiste, le cinquième jour le stylet introduit dans l'alvéole rencontre un os dénudé, et le huitième jour, le malade élimine un petit séquestre qui paraît être une lame inter-alvéolaire. Le malade est mis au traitement novarsénobenzolique; l'amélioration immédiatement devient très sensible et bientôt le malade guéri, quittait l'hôpital.

OBSERVATION III

C'est un malade de M. Bonnet-Roy. Je lui laisse la parole : « L'été dernier, un médecin m'adressait une femme d'une cinquantaine d'années à laquelle on avait enlevé, trois jours auparavant une molaire inférieure. A mon examen, elle se présentait avec les signes évidents d'un gros ostéo-phlegmon que je dus inciser quelques heures après. Je ne trouvais pas de pus, mais une très large plage dépériostée du maxillaire inférieur et du bord basilaire. Je pris soin d'avertir la famille de la probabilité d'une cicatrisation lente et de séquestres possibles, mais, le médecin m'avisa que la malade était syphilitique, il la mit au traitement sans délai et elle guérit sans la moindre élimination osseuse ».

OBSERVATION IV

Enfin, nous donnons ici le résumé de l'observation d'un malade syphilitique entré à l'hôpital (service du professeur P. Sebileau), porteur d'un gros séquestre du maxillaire supérieur. M. D... a souffert, il y a trois mois, d'un abcès dentaire provoqué par une carie pénétrante de la dent de six ans supérieure droite. L'abcès a été incisé, et la dent laissée en place. La tuméfaction disparaît, cependant le malade garde une fistule et quand il se présente à notre examen, on lui trouve une fistule de la face vestibulaire du maxillaire supérieur droit, l'exploration de cette fistule au stylet conduit sur un os nécrosé. L'intervention faite sous l'anesthésie générale pour l'ablation de la dent malade ; curettage du foyer ostéitique et extraction du séquestre probable, devait réserver une surprise. L'avulsion de la dent de six ans est pénible, laborieuse, sa mobilisation entraîne une mobilisation parallèle de la dent de douze ans et les deux dents sont extraites, en même temps qu'un bloc assez considérable du maxillaire supérieur nécrosé qui les supporte. Ce séquestre osseux, de couleur noirâtre, d'odeur fétide, d'une forme cubique assez régulière, porte sur l'une de ses faces, les deux molaires, dont l'une malade, la dent de six ans, l'autre saine, la dent de douze ans. Le malade interrogé sur ses antécédents, avoue avoir contracté la syphilis il y a douze ans, le séro-diagnostic de Bordet Wassermann est faiblement positif. Le malade est mis au traitement arsénical et la cicatrisation survient sans incident.

Nous avons rapproché ces quatre observations qui présentent de nombreux points communs. Les quatre malades sont des syphilitiques anciens ; chez les quatre, on voit survenir une complication infectieuse d'origine dentaire et nous sommes frappé de la marche un peu spéciale de ces accidents. Que les malades soient syphilitiques, la chose n'est pas douteuse ; trois d'entre eux l'avouent, dont deux ont été soignés à l'hôpital Saint-Louis, chez la quatrième, le médecin traitant a constaté des manifestations de la maladie. Le début de l'affection du maxillaire est certainement

d'origine dentaire il a été marqué pas des phénomènes aigus provoqués par une carie pénétrante ; le diagnostic d'un ostéo-phlegmon d'origine dentaire n'a pu être mis en doute et cet ostéo-phlegmon va avoir une évolution spéciale. Chez le premier malade, malgré les soins locaux, l'incision large, le curettage du foyer d'ostéite, les lavages antiseptiques, la suppuration persiste, il se forme à nouveau un séquestre qui impose une intervention, le malade guérit cette fois, parce que soumis au traitement général. Le deuxième malade, malgré l'extraction de la dent, le curettage de l'alvéole qui assure le drainage de la collection, malgré l'expression de la tuméfaction élimine au huitième jour, un petit séquestre et l'os se montre au stylet, dénudé, dépériosté, la nécrose paraît fatale. Cependant, le malade mis au traitement antispécifique, guérissait sans autre incident. La troisième malade montre aussi une mandibule dépériostée, dénudée, sur une large surface vouée, semble-t-il, à la nécrose et au séquestre, et il guérit, grâce au traitement arsénical prescrit. Le quatrième malade est plus instructif encore ; il arrive alors que la nécrose de l'os est déjà constituée, alors qu'il existe un énorme séquestre, tout permet de penser que, malgré l'extraction de ce dernier, la cicatrisation sera lente ; cependant, elle se montre rapide, grâce au traitement général syphilitique.

Il semble que nous soyons en droit de conclure qu'un accident infectieux d'origine dentaire chez un syphilitique ancien, peu ou pas traité, a une fâcheuse tendance à provoquer une nécrose rapide de l'os avec formation de séquestres. Que ces accidents, traités par l'acte chirurgical seul continuent à évoluer, que la suppuration persiste avec formation de fistule, provoquée par un foyer d'ostéite ; mais qu'il lui soit associé un traitement général, anti-syphilitique, et la guérison survient rapide et définitive.

Cette action rapide, prodigieuse, du traitement général anti-syphilitique, ne nous permet pas de douter du rôle important joué par le terrain syphilitique. Il est sûr que cette médication agit par son action spécifique anti-syphilitique et qu'elle assure la guérison en modifiant l'état humoral, le terrain du malade. Cet état humoral si spécial du syphilitique existe, c'est un fait indéniable, et nous n'en voulons pour preuve que l'existence d'un état particulier du sérum syphilitique mis en évidence, par la réaction de Bordet-Wassermann et mieux encore par la réaction de la flocculation. On pourrait, en effet, nous objecter, que cette médication arsénicale, peut agir aussi comme une médication anti-infectieuse banale ; ne sait-on pas qu'elle donne en particulier des résultats thérapeutiques excellents dans les stomatites ulcéromembraneuses et qu'elle se montre non seulement une médication anti-spinocetique admirable, mais encore une médication antispirilicide merveilleuse. A ceci, nous répondrons que dans les cas envisagés, nous nous trouvons en présence d'ostéo-phlegmon vulgaire à suppuration fétide, abondante, que l'examen bactériolo-

gique aurait montré, provoqué par les microbes pyogènes aérobie et anaérobies nombreux et que nous ne croyons pas que le 914 ait une action sur ces microbes. Si nous admettons cette action spécifique de la médication, et nous venons de voir que nous ne pouvons pas ne pas l'admettre, tout se comprend, s'explique, devient clair. L'infection d'origine dentaire trouve chez le syphilitique un terrain de moindre résistance, d'où la rapidité de (la nécrose osseuse et l'évolution des lésions vers la chronicité, malgré le traitement chirurgical. Qu'une médication anti-syphilitique vienne modifier ce terrain et ramener la résistance locale et générale, vers la normale, nous verrons les lésions suivre leur marche régulière et tendre vers la guérison. D'aucuns pourraient aussi tiquer sur ce fait, que les Wassermann de nos malades étaient négatifs au moment de l'apparition des accidents dentaires. Nous savons tous quelle médiocre importance il faut attacher à un séro-diagnostic négatif, chez un syphilitique ancien, surtout, quand on n'a pas pris la précaution de rendre cette réaction plus sensible, soit en usant de la méthode de réactivation de M. Milian ou en se servant d'un antigène plus sensible.

Nous allons chercher à élucider la pathogénie de ces accidents, à l'étayer sur une base anatomique. Avant de passer à cette étude, nous croyons opportun de rapporter à cette place l'histoire d'un ostéo-phlegmon d'origine dentaire chez un tabétique.

OBSERVATION V

M. R..., âgé de 43 ans, comptable, vient consulter à l'Ecole de Stomatologie pour un ostéo-phlegmon de la mandibule du côté gauche. Le début de l'affection remonte au mois de février dernier, cinq jours avant son entrée à l'école. A ce moment, un dentiste a extrait la dent de six ans inférieure gauche, et cureté l'alvéole sans d'ailleurs avoir pu ensuite donner issue à du pus, qu'il a décollé la gencive du côté lingual sans plus de succès d'ailleurs. Quoique la tuméfaction à ce moment fut déjà marquée. Depuis la tuméfaction douloureuse augmente de volume et quand le malade se présente à l'examen, elle s'étend de l'angle de la mâchoire au menton ; la joue est le siège d'une grosse fluxion, la peau est tendue, lisse, uniformément rouge. La tuméfaction dure, résistante, adhère au plan profond, bombe dans les vestibules. Séance tenante, la tuméfaction est incisée par la voie interne buccale à son point culminant dans le sillon vestibulaire, il s'écoule une sérosité sanguinolente. Le malade est mis en observation deux jours. La tumeur a encore augmenté de volume, elle saille sous la peau qui est amincie et on fait par la voie externe cutanée, cette fois, une petite boutonnière, par laquelle s'écoule un pus horriblement fétide. Le malade est soulagé, la cicatrice se ferme rapidement trop rapidement, puisqu'apparaît une nouvelle tuméfaction de la grosseur d'une amande qui à son tour est incisée et donne issue à

un pus également fétide ; mais la suppuration persiste, une fistule s'établit. Quinze jours après, on décide de faire un curettage par la voie alvéolaire. il n'est pas extrait de séquestre ; cependant la suppuration s'arrête pendant quelques jours ; elle apparaîtra à nouveau dans les jours qui suivront et le malade, à plusieurs reprises, éliminera de petits séquestres. Le 10 mai, l'exploration au stylet par la fistule externe et le rebord alvéolaire montre l'existence d'un vaste foyer d'ostéite avec os dénudé. La radiographie permet mieux encore de situer cette zone d'ostéo-myélite et de mesurer son étendue. Eu égard aux antécédents du malade, à son état actuel (le malade présente tous les signes de la série tabétique), M. Chompret décide d'instituer le traitement anti-syphilitique ; il prescrit des injections intra-veineuses de 914. Le malade élimine encore deux petits séquestres par l'orifice gingival, puis, dans les semaines qui suivent la suppuration diminue, l'orifice externe de la fistule se ferme, et seul persiste l'orifice interne gingival. Quant à la tuméfaction, elle semble augmenter de volume et la palpation montre à la face linguale, une zone dure, résistante, non douloureuse qui va de la canine en avant, à l'alvéole de la dent de six ans, qu'elle dépasse un peu en arrière ; tout fait penser à une hyperostose, ce que confirme d'ailleurs la radiographie.

Ici encore, un point n'est pas douteux, c'est le début par des accidents aigus d'origine dentaire. Il ne peut être question de syphilôme diffus de la mandibule, lequel a un début insidieux, torpide. Au contraire, chez notre malade, le début a été brutal, soudain. C'est une dent cariée qui subitement devient le point de départ d'une mono-arthrite apicale, rapidement compliquée d'un ostéo-phlegmon. Au début, cet ostéo-phlegmon paraît devoir évoluer d'une façon régulière, mais bientôt le malade élimine des séquestres, trois en quinze jours, la suppuration persiste abondante et s'écoule par deux fistules, l'une externe, l'autre interne. Quand nous l'examinons, l'exploration au stylet montre la présence d'un foyer d'ostéite que vient confirmer la radiographie qui montre toute son étendue, il semble que le malade soit indubitablement appelé à faire un séquestre volumineux. A ce moment, au traitement local le Docteur Chompret associe le traitement général et immédiatement le malade réagit, l'amélioration devient rapide et la seconde radiographie montre la production d'os nouveau. Nous avons malgré une certaine paresse parlé plus haut de terrain

syphilitique. C'est là un terme bien vague, nous en convenons, et qu'il nous serait difficile de définir. Dans le cas présent qui concerne un tabétique, il se montre superflu. La maladie de Duchenne, de Boulogne, est coutumière de ces grandes complications tropho-infectieuses : maux perforants de toutes sortes, arthropathies. Est-il étonnant que, sur un terrain aussi bien préparé, la moindre infection provoque des désastres, entraîne des séquelles considérables et qu'en particulier l'ostéo-myélite d'origine dentaire provoque une nécrose rapide de l'os et de vastes séquestres du maxillaire.

Faut-il admettre avec les classiques qu'il y a seulement troubles trophiques de l'os, déminéralisation, raréfaction osseuse, n'est-il pas plus juste de penser avec Barré qu'il y a surtout artérite syphilitique ? Et ceci nous entraîne à penser que chez beaucoup de vieux syphilitiques, peu ou pas traités, il doit exister des foyers d'artérite qui restent latents et qui diminuent d'une façon considérable la résistance locale, s'il survient une infection. Nous savons en effet, qu'histologiquement, la syphilis est surtout et avant tout une artérite (endartérite, mésartérite, péri-artérite), toutes les tuniques de l'artère sont lésées et cela à quelque stade que l'on étudie l'infection, il est d'autre part admis qu'à l'origine de l'artérite oblitérante on retrouve surtout la syphilis.

Ce qui viendrait nous confirmer dans cette hypothèse, c'est l'histoire d'un malade, que nous tenons de M. Rodier. Ce malade consulte M. Rodier pour un chancre gingival de la partie médiale du maxillaire supérieur, chancre à caractère ulcéreux qui a déjà rongé la fibro-muqueuse, touché l'os. A un premier examen, les incisives centrales se montrent presque insensibles. Le malade est mis au traitement anti-syphilitique et quelle n'est pas la surprise de M. Rodier, de voir les incisives recouvrir progressivement leur sensibilité, alors qu'elles semblaient devoir subir à bref délai la mortification pulpaire. Quelle explication donner à ce fait ? si ce n'est, qu'on doive admettre un trouble de l'irrigation artérielle du pédicule radiculaire. Ce trouble admis, il est difficile de donner le pas à un spasme artériel dont la caractéristique est la faible durée, sur l'artérite, qui est au

contraire permanente et que l'on sait exister à tous les stades de la syphilis. Le traitement prescrit a eu pour action de guérir la lésion syphilitique, par conséquent l'artérite, d'où le rétablissement de la circulation et le recouvrement de la sensibilité pulpaire.

Nous ne pouvons que rapprocher ces faits de ceux qui s'observent chez les diabétiques, chez ceux-ci aussi, les accidents infectieux montrent une gravité particulière et une fâcheuse tendance à provoquer de la mortification, de la gangrène et ici encore nous savons combien fréquente est l'artério-sclérose.

Pour nous résumer, nous dirons que la gravité des accidents infectieux d'origine dentaire chez les syphilitiques, reconnaît pour causes : 1^o un état de moindre résistance générale qui est dû à un état humoral spécial ; 2^o un état de moindre résistance locale qui est le fait de l'artérite syphilitique.

Nous n'avons pas ici, à traiter du diagnostic de la nature des accidents, dans toutes nos observations, le diagnostic est imposé par le début, brutal, aigu des accidents dentaires. Aucun de nos malades, n'avait souffert de douleurs sourdes des maxillaires, aucun n'avait remarqué la plus légère tuméfaction de ses mâchoires et nous ne pouvons admettre que la complication dentaire soit survenue chez un malade porteur d'une gomme latente de la mâchoire (circonscrite ou diffuse). Nous ne pouvons, en effet, qu'être frappé par la grande ressemblance du tableau clinique de la syphilis nécrosante des mâchoires qui a fait le sujet de la thèse de Mlle Millon et de certaines des observations que nous rapportons sous l'étiquette d'ostéomyélite d'origine dentaire chez les syphilitiques. Dans les deux cas, à la phase de suppuration, de nécrose osseuse, les deux affections se montrent absolument superposables, calquées l'une sur l'autre. Seule, nous semble-t-il, l'étude du mode de début de l'affection permettra de lui donner son identité vraie. Dans le syphilème diffus le début est lent, insidieux, torpide, le malade se plaint de douleurs sourdes, vagues, mal caractérisées, qu'il localise à la mâchoire, qui irradient peu et qui présentent le plus souvent une exacerbation nocturne et ce n'est que lentement, progressivement, que le malade assiste,

au développement d'une tuméfaction de la mâchoire. Au contraire, le début des accidents dentaires, dans tous les cas que nous rapportons, s'est montré brutal, aigu. Pour notre part, nous pensons que l'ostéo myélite nécrosante d'origine dentaire est fréquente chez le syphilitique ancien, peu ou pas traité et nous n'en voulons pour preuve que le grand nombre de cas qu'il nous a été donné d'observer en quelques mois. Nous croyons aussi, que cette gravité particulière des accidents dentaires, doit se montrer encore plus fréquente chez certains syphilitiques, les tabétiques. M. Piekiewicz, stomatologiste de l'Hospice d'Ivry, interrogé par nous à ce sujet, a bien voulu confirmer notre opinion. Signalons aussi à ce propos, le nombre relativement élevé de Syphilis nécrosante du maxillaire survenu chez les tabétiques, que nous avons relevé dans la thèse de Mlle Millon. Enfin pour aller jusqu'au bout de notre pensée, nous dirons que notre tentation est forte, de considérer comme des cas d'ostéomyélite nécrosante d'origine dentaire, survenue chez des syphilitiques et non plus, comme des syphilômes diffus, quelques-unes des observations publiées dans cette thèse. Pour notre part, nous n'hésitons pas à faire rentrer dans ce cadre l'observation 1 du travail de Bercher et Maurel.

TRAITEMENT

Ces faits de doctrine doivent nécessairement recevoir leurs sanctions thérapeutiques. Que l'on envisage les répercussions des accidents dentaires sur les manifestations inflammatoires de la syphilis des maxillaires ou inversement, le rôle du terrain syphilitique sur l'évolution des accidents infectieux d'origine dentaire, on peut leur trouver un traitement préventif commun.

Traitement prophylactique

Ce traitement est double et doit prévenir d'une part le réveil de l'infection syphilitique et d'autre part l'éclosion des accidents dentaires. Nous n'avons pas à rappeler ici les règles de conduite d'un traitement moderne de la syphilis, ce traitement doit être énergique, scientifique et non plus empirique. Il s'appuiera sur les résultats de l'examen clinique et des examens de laboratoire (la recherche du séro-diagnostic et la ponction lombaire). L'immense progrès apporté dans le perfectionnement de l'arsenal thérapeutique, ne nous permet cependant pas, de réaliser la *therapia sterilisans magna*, mais c'est un devoir absolu pour le médecin traitant de prévenir les accidents et de chercher un blanchiment durable du malade.

La prophylaxie des accidents dentaires est l'œuvre des spécialistes, stomatologistes ou dentistes. S'il appartient, au médecin de prescrire et d'imposer au malade une hygiène bucco-dentaire stricte, il est encore de son devoir, de le diriger vers l'homme de l'art, spécialisé dans les maladies de la bouche et des dents. Au syphilitique plus qu'à

tout autre, on conseillera les visites prophylactiques de la denture, celle-ci, même saine à un premier examen, devra être revue tous les six mois, s'il existe des lésions, des caries, des chicots, des racines, un mauvais articulé dentaire, la bouche devra dans le plus bref délai être mise en bon état. Ces visites préventives s'imposent d'ailleurs pour une autre raison qui est le risque couru par le syphilitique de faire de la stomatite médicamenteuse : mercurielle ou bismuthique, favorisée par un mauvais état dentaire.

Pour des raisons que nous n'avons pas à rechercher, cette double prophylaxie n'a pas été réalisée et le malade vient consulter pour une affection des maxillaires :

Traitement curatif

Nous considérons deux cas :

Ou bien il s'agit d'un malade atteint d'une lésion syphilitique du maxillaire ou bien c'est un malade syphilitique qui fait une ostéomyélite d'origine dentaire.

En ce qui regarde le traitement du premier nous serons bref, il faut instituer un traitement antisypilitique énergique de préférence aux sels arsenicaux et lui associer un traitement local qui s'adresse aux lésions dentaires.

Des trois formes connues de la syphilis des mâchoires deux guérissent dans la règle, ce sont la gomme circonscrite et le syphilôme diffus ; quant à la troisième : l'hypérostose elle réagit d'une façon variable mais résiste le plus souvent au traitement.

En ce qui concerne le second malade (syphilitique ancien se présentant avec une ostéomyélite d'origine dentaire), nous pouvons encore considérer deux éventualités :

1^o Un malade syphilitique se présente avec un vulgaire abcès dentaire ou un ostéo-phlegmon à sa période d'état.

2^o Le malade arrive avec de grosses complications, porteur du nécrose du maxillaire avec séquestres.

1^o *Le malade syphilitique se présente avec un vulgaire abcès dentaire ou un ostéo-phlegmon des maxillaires*, le but à rechercher et à atteindre est de drainer la collection. Plusieurs procédés s'offrent à l'opérateur ; le plus simple est

l'avulsion de la dent malade agent du délit, suivie d'un curettage de l'alvéole. Du pus apparaît et s'écoule par l'alvéole, la question est jugée, l'expression de la collection suffit à assurer le drainage, elle régresse puis elle disparaît. Il n'apparaît pas de pus, on peut considérer deux cas, dans le premier la collection siège au maxillaire supérieur, il faut inciser, soit au bistouri ou mieux au galvano-cautère au point culminant de la collection, dans un deuxième, c'est un ostéo-phlegmon de la mandibule, s'il proémine du côté vestibulaire, il suffit d'inciser la muqueuse, si au contraire, il s'est formé à la face linguale de l'os et qu'il siège profondément près du bord basilaire, le mieux, est de décoller le périoste à la rugine et d'aller ainsi à la rencontre du pus. Dans ces cas, les soins post-opératoires ont une importance capitale et consistent surtout dans l'expression de la tuméfaction faite d'une façon énergique par le malade ou par le médecin. A côté de ce procédé merveilleux, mais destructeur, puisqu'il sacrifie la dent, il est préférable, dans certains cas de dents peu cariées d'une utilité encore incontestable et si l'abcès est bénin, de trépaner la dent, d'élargir le canal jusqu'à l'apex et de vider ainsi la collection, la dent elle-même faisant office de drain. Ces procédés sont question d'espèce où le talent du praticien trouve matière à s'exercer. Parallèlement à ce traitement local, il sera institué un traitement arsenical antisypilitique pour prévenir les complications nécrosantes de ces infections dentaires que l'on sait pouvoir survenir chez un syphilitique ancien, peu ou mal traité.

2^o Le malade se présente avec de grosses lésions des maxillaires, suppuration abondante, fistule, nécrose de l'os, séquestres, malade profondément infecté, fébrile, déprimé.

Il faut s'attaquer à la lésion locale. Si le pus se draine mal, on pratique une grande incision par la voie interne buccale, on procède ou non à un large curettage, le séquestre est mûr, on procède à son extraction. Nous ne parlons pas, bien entendu, d'extractions des dents malades qui auraient été faites dans un premier temps. A ce traitement chirurgical on associe un traitement médical qui poursuit un double but : 1^o celui de lutter contre l'infection locale (la-

vages de bouche au bock avec des solutions antiseptiques, injections de médicaments anti-infectieux, métaux colloïdaux (électrargol), vaccinothérapie, voire même la sérumthérapie, s'il existe des lésions gangréneuses ; 2^o celui de lutter contre l'infection générale, la syphilis.

Chez tous ces malades, il faut prescrire un traitement anti-spécifique énergique et nos préférences vont aux sels arsenicaux. Leurs avantages nous paraissent énormes : rapidité d'action locale, stimulation énergique de la résistance de l'organisme et enfin pas de stomatite à craindre, au contraire, cette médication la prévient et la guérit. Au traitement arsenical on peut associer le traitement à l'iodure de potassium dont le pouvoir résolutif est merveilleux si l'on en croit les vieux auteurs. Avec les classiques, nous conseillons le traitement par l'arséno-benzol ou 914. Ce médicament est injecté dans les veines par doses progressives, la dose du début est de 30 centigr., on augmente de 15 centigr. tous les cinq jours, pour atteindre à la fin de la série, une dose maxima de 1 centigramme à 1 centigramme et demi par kilog de poids de l'individu et une dose totale de 7 centigr. et demi par kilog. La lésion guérie, par une ou plusieurs séries, on reprendra le traitement classique de la syphilis, associant à l'arsenic et à l'iodure de potassium, le mercure et le bismuth.

Ces lésions locales considérables laissent derrière elles des séquelles qui seront traitées par la prothèse.

Remarques. — a) *Le traitement arsenical* ne peut pas toujours être prescrit, soit qu'il y ait des contre-indications formelles, tirées de l'examen général du malade (lésion hépatique ou rénale), soit qu'il y ait intolérance aux médicaments ; cette intolérance médicamenteuse peut n'être que relative, exister seulement pour une variété de médicaments ou ne se montrer que pour une certaine voie d'introduction, la voie intra-veineuse. Aussi, avant de renoncer au médicament arsenical, devra-t-on essayer plusieurs produits, parmi ceux-ci l'un des mieux tolérés et des plus efficaces est l'Eparséno-benzol qui présente le gros avantage de pouvoir s'injecter dans les muscles. S'il y a contre-indication absolue aux sels arsenicaux, le médecin n'est pas

désarmé, il trouvera dans les sels de bismuth une arme encore efficace, ainsi que l'ont montré les observations de MM. Bercher et Rousseau-Decelle. S'il était dans l'obligation de prescrire des sels mercuriels, il donnerait la préférence aux sels solubles sur les sels insolubles, qui sont comme nous le savons à l'origine des stomatites graves.

b). Enfin nous n'insisterons jamais trop sur ce fait, que l'*acte chirurgical* empruntera toujours la voie interne, la voie buccale et que ce n'est que dans des cas très rares qu'il sera permis de lui associer la voie externe. Le procédé de la voie buccale n'offre que des avantages : une grande facilité d'accès sur la lésion, une visibilité parfaite surtout si l'on opère sous l'anesthésie générale. Les suites opératoires sont simples, pas de cicatrices déformantes, disgracieuses, mutilantes pour la femme.

Résultats. — Notre expérience personnelle n'est pas encore considérable, nous n'avons suivi que peu de malades syphilitiques, atteints de complications infectieuses dentaires, à allure nécroisante.

De ces six malades, deux ont été vus au début même de leur affection.

La malade de M. Bonnet-Roy (*Obs. III*), avait simplement du décollement du périoste et M. B... (*Obs. II*), dont la mandibule était dénudée, au huitième jour, éliminait un tout petit séquestre. Ces deux cas ont guéri rapidement, simplement, d'une façon absolue, parce que, semble-t-il, parallèlement au traitement local, a été prescrit le traitement général anti-syphilitique. Tous les autres malades n'ont été soumis au traitement général que tardivement.

Le tabétique (*Obs. IX*), un mois après le début des accidents aigus, alors que le malade a déjà éliminé plusieurs petits séquestres et que la radiographie montre les lésions nécrotiques étendues de la mâchoire inférieure, qu'il a déjà subi plusieurs interventions locales, qu'il continue à suppurer, qu'il présente deux fistules, l'une interne l'autre externe, immédiatement après les premières injections de novarséno-benzol, va voir les fistules se fermer d'une façon définitive, la suppuration disparaître et l'os se réparer sans que l'on soit intervenu pour extraire un séquestre.

M. D... (*Obs. IV*) a été opéré deux mois après le début des accidents alors qu'un séquestre volumineux, presque mobile existait. L'extraction de la dent malade et du séquestre, associée au traitement général, a amené une guérison rapide et définitive.

M. C... (*Obs. I*), est également au deuxième mois de son affection. Il existe un volumineux séquestre qui est enlevé au cours d'une première intervention, la suppuration persiste, une fistule s'établit. Il faut intervenir une seconde fois, pour cureter l'os et extraire un petit séquestre. Le malade, cette fois mis au traitement général, guérit dans les semaines qui suivent.

M. S... (*Obs. V*). L'histoire de M. S... est fertile en interventions, une première le dix mars pour extraction de deux grosses molaires cariées et drainage de la collection.

Une deuxième, le 22 juin, pour extraction d'un volumineux séquestre qui entraîne une solution de continuité de l'os.

Une troisième, le 5 août, pour une nouvelle extraction d'un petit séquestre.

Une quatrième, le 13 septembre, pour incision de la collection et un curetage de l'os avec extraction de deux séquestres.

Une cinquième, le 7 novembre, pour l'incision d'un gros abcès et l'extraction d'une petite esquille.

Le malade alors mis au traitement anti-spécifique arsénobensolique voit survenir depuis une amélioration très rapide et paraît actuellement parfaitement guéri, bien entendu si l'on excepte les séquelles de la mandibule.

Si nous résumons, nous voyons :

Que dans trois cas, le traitement général associé au traitement local, a paru prévenir des complications graves nécrotiques de l'accident infectieux dentaire.

Que dans les deux cas suivants alors que le séquestre existe, le traitement général prescrit concurremment au traitement local, assure une guérison rapide sans récurrence.

La dernière observation montre une chronicité des lésions une persistance de la nécrose osseuse avec formation récidivante de séquestres véritablement prodigieuse, cédant seulement au traitement général anti-syphilitique.

Comment n'être pas frappé de cette action spécifique, du traitement général ? Il prévient les complications osseuses et alors qu'elles existent, associé au traitement local, il les guérit.

CONCLUSIONS

I. — Les auteurs qui, jusqu'ici ont étudié la syphilis des mâchoires, ont négligé l'influence des lésions dentaires concomittantes ou insisté sur leur absence. Les publications relatives à la pathologie dentaire d'autre part, ne tiennent pas compte du rôle éventuel du terrain syphilitique.

II. — Il nous semble au contraire que :

a) Les lésions du système dentaire sont susceptibles d'exercer une influence sur la localisation et sur l'évolution des manifestations syphilitiques des mâchoires.

b) La syphilis ancienne imprime aux accidents infectieux ostéo-périostiques d'origine dentaire, un caractère particulier.

III. — Il est vraisemblable que dans le premier cas, il y ait lieu d'invoquer l'action d'une infection secondaire déterminée par les lésions dentaires et compliquant l'infection spécifique et dans le second, le mécanisme de l'artérite, lésion anatomo-pathologique essentielle de la syphilis.

IV. — Du point de vue thérapeutique, il convient d'associer étroitement au traitement local un traitement anti-syphilitique, chacun des deux traitements restant inopérant s'il est employé isolément.

OBSERVATIONS

Nous publions six observations inédites d'accidents infectieux d'origine dentaire survenus chez des syphilitiques, peu ou pas traités.

Ces observations portent les numéros I, II, III, IV, V et IX.

Cette dernière présente un point particulier, elle concerne un tabétique.

Entre les observations V et IX, nous avons intercalé avec le numéro VI, une observation de syphilis nécrosante de la mandibule, publiée par M. Maurel dans la *Revue de Stomatologie*, du N° d'Avril 1922, où elle porte le numéro I. — Avec le numéro VII une autre observation de nécrose syphilitique de la mandibule, rapportée par M. Régis, à la Société de Stomatologie, le 22 Février 1922. — Avec le numéro VIII, l'observation de syphilis nécrosante compliquée de noma, publiée par MM. Picot et Ch. Ruppe, dans la *Presse Médicale*, du 27 Mars 1923.

De l'observation IX nous avons rapproché et rassemblé les observations de syphilis nécrosante du maxillaire inférieur survenue au cours d'un tabès, publiées dans la thèse de Mlle Millon ; nous les donnons sous les numéros X, XI, XII et XIII.

A la suite de ces observations de syphilis nécrosante nous avons rappelé deux observations de syphilis inflammatoire, non ramollie et qu'un traitement anti-syphilitique a guéri d'une façon parfaite avec *restitutio ad integrum*, la première avec le numéro XIV a été publiée par M. Bercher, dans la *Revue de Stomatologie* et est un exemple typique de gomme circonscrite de l'angle de la mâchoire, l'autre le numéro XV

est une observation de syphilôme diffus de la mandibule, communiquée à la Société de Stomatologie, par M. Rousseau-Decelle.

Enfin avec les numéros XVI, XVII et XVIII, nous rappelons les observations de gomme syphilitique du maxillaire supérieur, du professeur Jacques, de Nancy, publiées dans la thèse de Mouton.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

M. C..., âgé de 52 ans, entre à la Salle Vieussens du service de M. le Professeur Sebileau, pour un ostéo-phlegmon mandibulaire du côté gauche. En trois mois, ce malade a subi l'avulsion de trois dents cariées, la deuxième extraction a été faite il y a deux mois. A ce moment, le malade souffrait de douleurs névralgiques d'origine dentaire irradiées à tout le côté gauche de la face ; en même temps, était apparue une tuméfaction de la mâchoire, également douloureuse, accompagnée d'une fluxion de la joue gauche. Le malade, le 11 janvier, se décide à aller consulter à l'hôpital Bichat, parce que la tuméfaction mandibulaire a augmenté de volume, qu'elle est très douloureuse, que les douleurs irradiées persistent et qu'il existe un état général mauvais. Le malade est fébrile, avec une température à 39, se plaint d'une courbature généralisée, d'un état sabural marqué. A l'Hôpital Bichat, la tuméfaction est incisée mais, d'après le malade, cette incision n'aurait pas donné issue à du pus. Il entre donc à l'Hôpital Lariboisière le 27 janvier 1923. A ce moment, l'état général du malade est mauvais, la température persiste élevée, il se plaint d'une fatigue générale, la mastication est impossible, l'alimentation pénible. Localement, les douleurs spontanées de la mandibule persistent intenses, s'irradiant à tout le côté gauche de la face. A l'inspection, outre l'œdème de la joue gauche, on note du même côté une forte tuméfaction de la mâchoire inférieure, étendue à toute la branche horizontale. A la palpation, on sent une masse dure, faisant corps avec l'os, douloureuse, n'ayant pas envahi les plans superficiels qui sont mobiles sur elle. De la bouche, s'écoule une salive abondante, l'haleine est fétide, un trismus assez marqué gêne l'exploration de la cavité buccale. Cependant, on peut apercevoir une langue épaisse, saburale, écartant la joue gauche, on voit que le sillon gingivo-jugal inférieur est soulevé par une tuméfaction. La muqueuse est rouge œdémateuse, la face linguale et le plancher buccal paraissent normaux. Quant au rebord alvéolaire, on note que les dents de six ans et de douze ans inférieures gauches sont absentes, que la muqueuse est rouge, épaissie, non cicatrisée pour ce qui regarde la place de la dent de six ans. L'expression de la tuméfaction fait sourdre un peu de pus par la cavité alvéolaire de

g6. La palpation intra-buccale, permet de sentir dans le sillon vestibulaire, une tuméfaction oblongue, ayant les caractères cités plus haut. Un stylet recourbé, introduit dans l'alvéole, donne le son mat de l'os dénudé, nécrosé. L'examen du reste du système dentaire montre d'une part l'existence d'une stomatite généralisée, un dépôt abondant de tartre et l'absence de plusieurs dents.

La radiographie faite le lendemain de son entrée montre au tiers moyen de la mandibule du côté gauche, un volumineux foyer d'ostéite avec sequestre.

Examen général. — L'interrogatoire du malade nous apprend qu'il est syphilitique depuis trente ans. A cette époque, il a été soigné à l'Hôpital Saint-Louis, pour des accidents secondaires (roséole, plaques muqueuses). Le traitement institué a consisté dans des séries d'injections de benzoate de mercure, alternant avec des injections de biiodure de mercure. Ce traitement suivi régulièrement, semble-t-il, les deux premières années, a été depuis très irrégulier. Le malade s'est surtout traité seul, par des pilules de protoiodure, du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium. Cependant, il y a deux ans, il est retourné à l'Hôpital Saint-Louis pour se faire examiner, et à cette époque on lui aurait fait une série de piqûres de 914, suivie d'une série de six piqûres d'huile grise. L'année dernière, le malade a encore reçu le même traitement. Actuellement, ce malade, à l'examen, ne montre aucun signe de la série tabétique. Il ne se plaint nullement de douleurs fulgurantes, de crises viscérales douloureuses, de troubles des sphincters. Les pupilles sont égales, il n'y a pas de signes d'Argyll-Roberson ; les réflexes tendineux, rotuliens et achilléens sont un peu vifs. Le cœur est normal, avec cependant au foyer aortique, une légère accentuation du deuxième bruit. Les urines sont normales, sans suc ni albumine. La séro-réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Intervention. — Sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle faite avec l'appareil de Camus, on fait une large incision sous-maxillaire gauche, on tombe sur un magma osseux friable intéressant la presque totalité de la branche horizontale de la mandibule du côté gauche. Il est fait un curettage du foyer qui laisse une large cavité osseuse du volume d'une grosse amande ; il reste une attelle osseuse inférieure qui garantit la continuité osseuse. On draine par une mèche de gaz laissée dans la plaie.

Suites Opératoires. — Dans les jours qui suivent, chaque matin, la mèche est enlevée, la plaie nettoyée, lavée à l'alcool et à l'éther, le malade, plusieurs fois par jour, reçoit des irrigations antiseptiques intra-buccales au bœck. Malgré ces soins, la suppuration persiste, une fistule s'établit. Une seconde intervention devient nécessaire pour l'extraction de petits séquestres. Devant cette marche insolite des accidents, la chronicité de la suppuration, la formation

successive de séquestres, on décide de faire au malade un traitement anti-syphilitique. Quoique celui-ci prétende être intolérant au 914, il reçoit des injections intra-veineuses de ces médicaments mais à petites doses, 30 centigrammes d'abord, puis 45 centigrammes. Rapidement, la lésion s'améliore, la suppuration diminue, se tarit et six semaines après, la fistule est fermée. Le malade quitte le service dans les premiers jours de mars et continuera à se faire soigner à l'Hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION II (Inédite)

M. B..., âgé de 48 ans, entre dans le Service du Professeur Sébilleau, à l'Hôpital Lariboisière, salle Bertin, le 20 février 1923, pour un ostéo-phlegmon de la mandibule du côté gauche. L'affection a débuté, il y a neuf jours, par des douleurs spontanées de la dent de douze ans, inférieure gauche, douleurs à caractère d'élançements puis de battements, non irradiées. La mastication devient douloureuse. Toute pression de la dent est pénible au malade et celui-ci a l'impression que cette dent est allongée. Trois jours après le début, le malade s'aperçoit de la présence d'une tuméfaction développée aux dépens de la branche horizontale de la mandibule du côté gauche. Cette tuméfaction augmente rapidement de volume, elle est très douloureuse, elle l'oblige à consulter un médecin qui porte le diagnostic d'un ostéo-phlegmon d'origine dentaire et prescrit un traitement palliatif (bains de bouche très chauds au sureau, gargarismes à l'eau oxygénée, cachets anti-névralgiques). Les phénomènes locaux persistent cependant à augmenter en intensité, et le malade se décide enfin à venir consulter à la Clinique Oto-rhino-laryngologique de Lariboisière. A son entrée, l'examen montre à l'inspection, une tuméfaction de toute la branche horizontale de la mandibule du côté gauche. Cette tuméfaction oblongue s'étend en arrière presque à l'angle de la mâchoire qui cependant est libre et en avant jusqu'à la naissance du menton. Elle est dure, résistante fait corps avec l'os, n'adhère pas aux plans superficiels qui ne sont pas infiltrés, la palpation de cette tuméfaction éveille une douleur assez vive. L'examen de la cavité buccale est rendue difficile pour le médecin, pénible pour le malade, par l'existence d'un trismus assez accentué. Cependant, avec de la patience, on arrive à constater que : 1° ce malade souffre d'une pyorrhée alvéolo-dentaire très nette d'origine tartrique. De plus, la muqueuse gingivale est recouverte d'un enduit jaunâtre épais, elle est décollée et saigne facilement ; 2° le rebord alvéolaire du côté gauche montre l'absence de la deuxième prémolaire et de la dent de six ans. Les dents de 12 ans et de sagesse persistent. La dent de douze ans paraît normale à l'inspection, sa face triturante est saine et au miroir des faces mésiales, linguales, vestibulaires, sont exemptes de carie. La vision de face distale est impossible. Cette dent se montre douloureuse au choc,

à la percussion de la face triturante dans le sens vertical. L'examen à la sonde montre que la face distale est le siège d'une carie. Écartant la joue, on remarque que le sillon vestibulaire inférieur gauche est élargi, soulevé par une tuméfaction, la muqueuse est rouge, enflammée, mais souple et glisse sur les plans profonds. La tuméfaction dure, résistante, douloureuse, présente une douleur maximum au droit de la dent de 12 ans. Du côté lingual pas de gonflement, la palpation réveille une légère douleur de l'apex de g7. Le reste du système dentaire présente des lésions multiples. Outre le tartre très abondant, cause de la pyorrhée, on trouve sur les dents existantes plusieurs caries, carie d7, carie de G7, plusieurs dents manquent, en plus de celles que nous avons signalées il faut encore noter l'absence d6, de D5, de D6.

Une radiographie faite à l'entrée du malade montre l'absence d'une nécrose osseuse.

Signes généraux. — Le malade se plaint d'une légère courbature, d'un état sabural à peine marqué, se dit également légèrement fébrile, sa température est à 38,8. En présence de ce tableau, le diagnostic s'imposait : le malade était atteint d'un ostéo-phlegmon de la mandibule causé par une carie pénétrante de la dent de douze ans inférieure gauche avec arthrite.

Examen général du malade. — L'interrogatoire général du malade nous apprend qu'il est syphilitique depuis vingt ans. Il a présenté à cette époque, un chancre induré du gland, qui a été diagnostiqué à l'Hôpital Saint-Louis et traité par des piqûres de benzoate de mercure. Le malade dit avoir subi ce traitement pendant un an et que depuis la maladie ne s'étant manifestée à lui par aucun accident sensible, il s'est traité tout seul, en ingérant des pilules de proto-iodure, de sirop de Gibert et de l'iodure de potassium. Ce traitement a d'ailleurs été suivi d'une façon très irrégulière. Cinq ans après l'apparition du chancre, le malade se marie et nous raconte que sa femme, dans les premières années du mariage a mené à terme trois grossesses et a accouché de trois enfants nés vivants. De ceux-ci deux sont morts, l'un à huit mois, de méningite, l'autre à treize mois, de maladie inconnue. Sa femme n'a jamais fait de fausse-couche.

Le malade est un homme de forte corpulence, sanguin, bâti en athlète, bien musclé, tatoué mieux encore. Il ne se plaint, les accidents dentaires exceptés, d'aucun trouble subjectif, ne souffre pas de céphalée, n'a jamais éprouvé de douleurs fulgurantes, ni de crise viscérale et ne présente aucun trouble des sphincters. Le système nerveux paraît normal. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière et à l'accommodation. Quant aux réflexes tendineux, ils se montrent également normaux. Pour ce qui regarde les autres appareils on ne trouve rien à signaler. L'appareil cardiopulmonaire est normal, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Nous devons signaler que ce malade présente aux

commissures labiales une muqueuse dépolie gris blanchâtre et sans épaissement. Est-ce un début de leucoplasie syphilitique ? Nous n'osons l'affirmer car le malade est un grand fumeur.

Ce séro-diagnostic par la méthode Wassermann type se montre négatif.

Intervention. — Le 27 février, le malade est opéré par M. Bonnet-Roy, sous anesthésie générale, au chlorure d'éthyle donnée par l'appareil de Camus.

Il procède à l'avulsion de la dent malade, puis au curettage de l'alvéole. Par la brèche ainsi formée il sort de la sérosité sanglante et aussi un peu de pus.

Suites opératoires. — Le malade est immédiatement soulagé. Les douleurs disparaissent. La température tombe. Dans les jours qui suivent, le malade continue à se faire des rinçages fréquents de la bouche à l'eau oxygénée diluée, plusieurs fois par jour, il lui est fait des lavages de bouche au bock et surtout il lui est fortement recommandé de faire d'une façon suivie et énergique l'expression de la tuméfaction pour drainer celle-ci par l'alvéole. Dans les jours qui suivent, le trismus diminue, la tumeur régresse mais la suppuration persiste. Le cinquième jour, le stylet introduit dans l'alvéole rencontre un os dénudé et le huitième jour le malade élimine un petit séquestre qui semble bien être une lame inter-alvéolaire.

Connaissant la fâcheuse prédisposition des syphilitiques, à la suite d'accidents infectieux d'origine dentaire, à faire de la nécrose de l'os avec élimination de séquestre accompagnée d'une suppuration abondante, chronique et persistante, le malade est soumis au traitement antispécifique, par des injections de 914.

L'amélioration des signes locaux ne se fait pas attendre et bientôt le malade guéri quittait l'Hôpital.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. Bonnet-Roy)

Mme D.... est une femme d'une cinquantaine d'années à laquelle on avait enlevé, trois jours auparavant une molaire inférieure. A l'examen de M. Bonnet-Roy, elle se présente avec les signes évidents d'un gros ostéo-phlegmon, qui réclame une intervention immédiate. A l'opération, on ne trouve pas de pus ; mais l'incision permet de découvrir une très large plage dépériostée de la table externe et du bord basillaire du maxillaire inférieur, à cet aspect M. Bonnet-Roy prit soin d'avertir la famille de la probabilité d'une cicatrisation lente et de la possibilité de séquestre, mais, apprenant, par le médecin traitant, que la malade était spécifique, il la fit mettre au traitement. La réparation se fit dans une vingtaine de jours sans la moindre élimination osseuse.

OBSERVATION IV

M. D..., âgé de 35 ans, se présente à la consultation externe du service du professeur Sebileau, à l'Hôpital Lariboisière parce qu'il souffre d'une fistule d'origine dentaire du maxillaire supérieur du côté droit, par cette fistule, le malade dit s'écouler un pus abondant. Voici l'histoire qu'il nous raconte : le début de l'affection remonte à environ trois mois, il a été marqué par les phénomènes inflammatoires aigus du maxillaire, provoqués par une carie pénétrante de la dent de six ans, supérieure droite. Le quatrième jour de son affection, il a consulté un chirurgien-dentiste, ce dernier a constaté l'existence d'un abcès dentaire proéminent du côté externe, vestibulaire qu'il a incisé au galvano-cautère. Par la brèche ainsi créée, il s'est écoulé du pus abondant, fétide, et cette opération apporte au malade un soulagement immédiat. Les jours qui suivent, la tuméfaction diminue de volume sans cependant disparaître complètement et surtout la suppuration persiste et donne naissance à une fistule.

Quand il se présente à notre examen, on trouve en effet au droit de la dent de six ans du côté vestibulaire l'orifice externe de la fistule par où s'écoule abondamment du pus, surtout si on a soin d'exercer sur la région environnante une pression dirigée du haut en bas et d'arrière en avant, c'est un pus séreux, grumeleux, mal lié, fétide. Un stylet introduit par l'orifice externe de la fistule conduit sur un os nécrosé, dénudé. Inutile de dire que la dent de six ans, porte une carie pénétrante profonde de la face triturante avec gangrène pulpaire ; quant à la dent de douze ans, elle ne présente aucune lésion, le reste de la denture est en bon état, plusieurs dents cependant portent des amalgames. Le lendemain de son entrée on décide d'intervenir chez ce malade, de procéder à l'avulsion de la dent de six ans, de curetter l'os et d'extraire le séquestre. Le malade est endormi au chlorure d'éthyle avec le masque de Camus. L'avulsion faite au davier est pénible, la dent résiste, enfin elle se mobilise, mais pas toute seule, la dent de douze ans aussi devient mobile et toutes les deux, à la surprise générale sont extraites en même temps. Elles viennent, d'ailleurs, accompagnées par un bloc assez considérable du maxillaire supérieur nécrosé. Ce séquestre est de forme cubique avec des aspérités, de couleur noirâtre, d'odeur fétide et porte sur l'une de ses faces les deux molaires. Averti de la fréquence de ces nécroses osseuses d'origine dentaire chez les syphilitiques nous poursuivons dans ce sens notre enquête ; le malade nous avoue avoir contracté la syphilis il y a environ dix ans, et s'être au début, pendant deux ans environ, assez régulièrement soigné, mais depuis, il a négligé de se traiter d'une façon suivie. A l'examen, nous ne pouvons mettre en évidence aucun stigmate de l'affection tréponémique. Nous faisons pratiquer chez ce malade une réaction de Wassermann qui se montre faiblement positive ; le malade se mit immédiatement au trai-

tement novo-arséno-benzolique, et il guérit rapidement et sans incident.

OBSERVATION V

M. S..., âgé de 59 ans, entre à la Salle Vieussens, du service du Professeur Sebileau, le 6 mai 1922, pour un volumineux ostéophlegmon mandibulaire du côté droit. A son entrée, le malade présente une tuméfaction de la branche horizontale du maxillaire inférieur de ce côté, la peau est œdémateuse, la joue présente une fluxion énorme. A la palpation, cette tuméfaction dure, résistante, adhérente au plan profond, faisant corps avec l'os, est douloureuse, les plans superficiels ne sont pas infiltrés. L'ouverture de la bouche est rendue difficile par la présence d'un trismus assez marqué. Le malade salive abondamment, l'haleine est fétide, un enduit jaunâtre épais recouvre la langue, les gencives. Ecartant la joue droite on voit tomber dans le sillon vestibulaire inférieur la tuméfaction. La première molaire (d6) porte une carie pénétrante, sa percussion est douloureuse, elle se montre également douloureuse à la percussion. Le malade apprend, qu'il souffre depuis quatre jours de douleurs dentaires, qu'il localise à cette dent. Deux jours après le début de ces douleurs serait apparue la tuméfaction. En même temps que l'apparition de ces accidents locaux, le malade aurait souffert de phénomènes généraux : courbature généralisée, état sabural, température aux environs de 39. Le cinquième jour après son entrée à l'hôpital, le malade est opéré sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle. On procède à l'extraction des deux grosses molaires (d7, d6) qui sont légèrement mobiles, suivie d'un curettage qui donne issue à du pus. Le traitement habituel est prescrit : lavages chauds au bœck, rinçages de bouche avec des solutions antiseptiques, expression énergique de la tuméfaction. Malgré ces soins, la température persiste encore élevée le lendemain, mais en quatre jours, elle revient à la normale, cependant que la suppuration persiste. Le malade très amélioré sort sur sa demande. Le 12 juin 1922, il entre à nouveau dans le service, la suppuration, dit-il, a persisté depuis la précédente opération et il présente actuellement un volumineux œdème de la joue et de la région sous-maxillaire avec une légère induration sous le bord inférieur de l'os. On intervient le 20 juin (M. Winter) sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle et un volumineux séquestre est enlevé facilement. A la suite de l'extraction de ce séquestre on note une solution de continuité du maxillaire inférieur. Le 22 juin on fait une réaction de Bordet-Wassermann qui se montre négative. Le malade sort le 4 juillet. Il revient le 11 septembre 1922 et présente à cette époque une volumineuse tuméfaction de toute la région sous-maxillaire droite qui gagne, en haut sur la joue et en bas sur le cou. Cette collection, toujours sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle est incisée. Il s'écoule en abondance un pus très fétide et par la brèche on procède à l'ablation de deux séquestres. Il sort le 14 septembre. La suppuration persiste toujours et le malade

entre une fois de plus dans le service, le 29 septembre. L'abcès qui s'est refermé est incisé, il sort le 14 octobre. Malgré un second Wassermann négatif, on prescrit des injections de 914 (0.30, 0.45...). Il entre à nouveau le 6 Novembre, est opéré le 7, sous anesthésie générale par le Dr Chatellier qui incise la tuméfaction qui s'est à nouveau reformée et au cours de son exploration libère et extrait une esquille osseuse. Le malade grandement amélioré sort le 14 novembre. Il devait entrer une dernière fois le 22 décembre. La suppuration qui a réapparu ces jours derniers, pendant plusieurs semaines, a disparu. Le voici à nouveau, porteur d'une nouvelle fistule cutanée. L'orifice de cette fistule siège dans la région sous-maxillaire droite. Elle est le centre d'un œdème inflammatoire très marqué qui s'étend sur toute la région environnante. Le malade n'est pas fébrile et il n'a pas de trismus. On incise cependant la tuméfaction, il s'écoule un peu de pus, on rencontre encore une petite esquille osseuse que l'on cueille. Le malade quitte le service le 26 décembre.

Le 27 mai, nous avons convoqué ce malade. Cette fois, la guérison semble définitive. Le malade ne présente plus de fistule, elle s'est refermée, dit-il, au début de janvier. D'autre part, les téguements ne sont pas infiltrés, le malade présente simplement une large cicatrice de la région sous-maxillaire droite. A la palpation on sent très nettement une dépression un peu en avant de l'angle de la mâchoire qui répond à une solution de continuité osseuse. A l'ouverture de la bouche il y a attraction du menton vers la gauche et à l'inspection on note l'absence d'une grande partie du maxillaire osseux du côté droit. Celui-ci, est actuellement remplacé par du tissu de cicatrice fibreux. Le malade se rend d'ailleurs à l'Hôpital pour recevoir un appareil prothétique.

A l'interrogatoire, ce malade nie tout antécédent syphilitique.

Ayant exercé le métier de matelot pendant plusieurs années il dit avoir contracté plusieurs blennorragies mais n'avoir jamais présenté de chancre. Marié, il est père de trois enfants bien portants, que sa femme a mis au monde à terme, mais la deuxième grossesse a été arrêtée après une gestation de deux à trois mois. Sa femme jouirait d'une excellente santé. Si nous remontons à ses ascendants nous apprenons que sa mère est morte à 50 ans environ, de la rupture d'un anévrisme, son père, dit-il, serait mort à 35 ans de petite variole. A l'examen, il nous est impossible de découvrir chez cet homme aucun stigmate de syphilis. Le système nerveux se montre normal, pas de troubles oculaires, pas de troubles auditifs, pas de modification des réflexes tendineux, pas de trouble de la sensibilité. Les sphincters sont normaux. L'appareil cardo-vasculaire est normal, les urines examinées par nous ne présentent ni sucs, ni albumine. Inutile de dire que ce malade ne présente, bien entendu, pas de leucoplasie. En faveur de la syphilis une fausse couche de 2 mois chez la femme, à retenir aussi l'anévrisme chez la mère, syphilis acquise ou héréditaire, peu importe, l'action spécifique du novar semble établir solidement son existence.

OBSERVATION VI

J. BERCHER et G. MAUREL. — **La Syphilis tertiaire du maxillaire inférieur.** (*Revue de Stomatologie*, Avril 1922).

Cette observation a été recueillie à l'Hôpital Lariboisière, dans la clinique oto-rhino-laryngologique de M. le professeur Sebileau.

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans. Au moment de son entrée dans le service, le 18 mars 1921, ce malade présente une *ostéite nécrosante du maxillaire inférieur*, au niveau de la branche horizontale gauche. Dans la région sous-maxillaire gauche, il existe deux points fistuleux assez larges, voisins l'un de l'autre ; la peau est lardacée, de coloration violacée et porte la trace d'une horizontale dans sa partie endobuccale, dans le vestibule, la branche horizontale dans sa partie moyenne est dénudée, comme spongieuse et entourée de pus. Au stylet, communication facile avec la région sous-maxillaire. Il existe là un séquestre qui, bien limité dans sa partie antérieure, qui est d'ailleurs visible à nu, est beaucoup moins net en arrière, où il se continue plus ou moins avec la branche du maxillaire.

Un examen radiographique confirme les données de la clinique et montre, de plus, qu'à la partie distale de la région malade, une dent saine d'ailleurs, plonge par sa racine dans le foyer ostéitique.

En ce qui concerne le système dentaire, notre malade présente des incisives inférieures gauches saines ; l'incisive latérale, légèrement mobile est située tout près de l'extrémité antérieure du séquestre, mais en avant de lui. Au contact du séquestre lui-même, il existe une racine de prémolaire ou de canine, puis, comme nous l'avons dit, une deuxième prémolaire saine, mais en contiguïté avec le foyer ostéitique. Enfin, plus en arrière, la dent de douze ans, la dent de six ans ayant été extraite antérieurement, longtemps avant les accidents actuels.

Avant l'entrée à l'hôpital, les phénomènes pathologiques du côté du maxillaire inférieur étaient en évolution depuis six mois environ. Ils paraissent, autant qu'il est possible d'en juger rétrospectivement, avoir débuté par des accidents dentaires, en rapport avec la première prémolaire inférieure gauche : phénomènes fluxionnaires, puis, aux environs du 1^{er} mars, issue de pus par la cavité buccale, incision sous-maxillaire, et peu de jours après, en ville, sous anesthésie générale, extraction de la première prémolaire.

Le 25 Mars, nous pratiquons chez ce malade une première intervention ; après incision sous-maxillaire au niveau des points fistulisés, ablation d'un séquestre assez volumineux situé dans une loge osseuse de la face externe de la branche horizontale. Curettage de fongosités au niveau du foyer osseux ostéitique et des tissus mous, par voie endobuccale. Ablation de la prémolaire en rapport, d'après la radiographie, avec le foyer ostéitique. Attouchements au chlorure de zinc, pas de suture, pansement.

Malgré cette première intervention, la suppuration ne tarit pas ;

à la partie distale, un séquestre se reconstitue et se limite d'une façon plus nette. A ce moment, nous cessons de traiter le malade, dont s'occupe notre collègue et ami Miégeville. Le 27 avril, M. Miégeville pratique une deuxième intervention, sur laquelle nous avons peu de détails, mais qui constitue essentiellement en l'ablation d'un séquestre volumineux. Après cette deuxième intervention seulement, il existe une solution de continuité complète au niveau de la branche horizontale, partie moyenne, du maxillaire inférieur.

Consécutivement, la plaie externe se ferme, la suppuration se tarit et le malade peut quitter l'hôpital un mois après environ.

Dès notre premier examen, nous avons été frappé par l'aspect et l'évolution insolites des accidents nécrosants du maxillaire inférieur. En interrogeant le malade, il nous fut facile d'apprendre qu'en mars 1918, il avait contracté la syphilis : chancre, alopecie, céphalée et, peu de temps après, roséole. Le malade ne se soigne pas à ce moment, et, en novembre 1918, à propos d'accidents secondaires muqueux, il reçoit un traitement sommaire par cinq injections de novarsénobenzol ; pas de mercure, pas d'iodure de potassium. Depuis, notre homme n'a pas fait d'autres accidents apparents et n'a suivi aucun traitement. Rien de particulier dans ses autres antécédents. Il refuse tout traitement spécifique.

Revu le 29 novembre 1921, le malade présente une notable amélioration de son état.

Au point de vue osseux, il paraît guéri : pas de suppuration, ni endo, ni extrabuccale, mais il persiste une pseudarthrose relativement lâche qui cependant n'entrave que peu la mastication. L'articulé dentaire est bon ; il existe cependant l'entre-croisement caractéristique des deux arcades supérieure et inférieure, au niveau de l'extrémité libre du fragment antérieur.

Le fragment postérieur est dévié en haut et en avant et vient en contact avec l'extrémité libre du fragment antérieur. La perte de substance osseuse correspond à peu près à la valeur d'un centimètre et demi au niveau de la partie basilaire de l'os.

Au point de vue dentaire, rien de spécial : la dernière dent portée sur le fragment antérieur est l'incisive latérale gauche ; le fragment postérieur ne porte que la dent de douze ans.

Le malade, très indocile ou très occupé, refuse à nouveau tout traitement spécifique, et même un simple examen radiographique.

OBSERVATION VII

M. REGIS. — **Séquestres syphilitiques de la mandibule.** — *Société de Stomatologie de Paris.* — Séance du 22 février 1922. — (*Revue de Stomatologie.* Avril 1922).

Un tirailleur algérien se présente un matin à la consultation externe de l'hôpital militaire, porteur d'une énorme fluxion du côté droit de la face. Toute la région mandibulaire droite, surtout

à l'angle de la mâchoire, était œdématisée, violacée. Deux ou trois orifices laissaient sourdre du pus. Le patient paraissait plus embarrassé que souffrant.

En examinant la bouche, on voyait toute la région maxillaire inférieure droite tuméfiée. Un pus particulièrement fétide s'échappait par de nombreuses fistules, tant vestibulaires que labiales, autour de l'unique molaire saine qui restait ; les deux autres, ainsi que les prémolaires, n'existaient plus. Je ne saurais vous préciser s'il s'agissait de la dent de douze ans ou de celle de sagesse.

Quoi qu'il en soit, le médecin-major diagnostiqua une ostéopériostite phlegmoneuse et posa comme indication thérapeutique l'extraction urgente de la dent.

Plusieurs tentatives très douloureuses pour le patient qui hurlait ne lui ayant permis l'extraction, le major me passa la clef de Garengot. A mon tour, j'essayai d'extraire la récalcitrante. Hélas, elle tenait si solidement que, dans la crainte de fracturer le maxillaire, je me disposais à y renoncer. Toutefois, sollicité de renouveler mes efforts, je continuai. Une prise plus énergique amena la dent et, soudé à elle, un volumineux séquestre qui pouvait bien avoir 2 à 3 centimètres de long sur un de large et dans lequel se trouvait implanté un chicot, vestige d'une des grosses molaires disparues. Immédiatement un flot de sang jaillit par la bouche, qui me causa quelque effroi. Le major ne s'en émut pas autrement. On fit gargariser le tirailleur et l'hémorragie s'arrêta très rapidement. Pour être brutale, l'opération avait été radicale. L'Arabe étant un syphilitique avéré, on lui donna une bouteille d'iode. Il rejoignit son casernement et on ne le revit pas à la consultation. Il n'est pas douteux qu'il s'agissait d'une nécrose syphilitique ; on aurait pu songer à un diagnostic différentiel avec de l'actinomyose, mais, outre que les cas de lésions actinomycosiques sont rares, que rien dans le pus qui s'écoulait n'avait attiré notre attention, la guérison rapide du malade confirmait le diagnostic.

Pour terminer, nous redirons que très certainement les nécroses syphilitiques de la mandibule ne sont pas très rares.

OBSERVATION VIII

MM. PICOT et RUPPE. — **Syphilis du maxillaire inférieur compliqué de noma.** — *Presse Médicale*, 28 mars 1923, page 288.

M. A... G..., âgé de 58 ans, ne présente aucun antécédent syphilitique avéré. Sa femme a eu cinq enfants et n'a pas fait de fausses couches.

En juillet 1922, le malade se plaint de douleurs lombaires qui s'apaisent rapidement, puis il remarque l'apparition, au niveau du front, de bosselures légèrement douloureuses. A la même époque, il commence à souffrir un peu du maxillaire inférieur qui a augmenté de volume et il éprouve de la gêne à la mastication. Il a cru qu'il s'agissait d'accidents dentaires et a consulté un dentiste,

lequel lui a extrait la prémolaire et la grosse molaire inférieures droites. D'abord soulagé, il recommence à souffrir un peu, comme auparavant, et il entre à l'hôpital Lariboisière dans le service du professeur Cunéo, le 14 août.

C'est un malade assez fatigué, déprimé, dont la température se maintient aux environs de 38°, mais qui n'accuse que fort peu de douleurs.

1° *Au niveau de la mâchoire inférieure*, on constate, à l'examen, que la partie inférieure de la joue est augmentée de volume. La peau est œdématisée, mais elle n'est ni rouge, ni tendue. On sent au palper une tuméfaction peu volumineuse faisant corps avec l'os.

Dans le sillon gingivo-labial droit et au niveau de la région gingivale correspondante existe une plaie sphacélée qui laisse voir le rebord alvéolaire grisâtre. On note, en outre, des signes de pyorrhée ; les incisives inférieures et les canines sont déchaussées, branlantes, recouvertes de tartre. La muqueuse est rouge et un peu tuméfiée, la pression y fait sourdre un peu de pus.

2° *Au niveau de la voûte crânienne*, on sent des nodosités arrondies, dures et indolentes. L'une siège en dehors de la bosse frontale droite, l'autre au niveau de la partie externe de l'arcade sourcilière droite, entraînant du ptosis. On en retrouve deux autres sur le frontal et le pariétal gauche.

Ces lésions font porter le diagnostic de syphilis osseuse. Un traitement au bismuth est aussitôt institué et il détermine en quinze jours une amélioration légère des accidents crâniens. Pour les lésions de la bouche on prescrit de grands lavages, des applications alternatives de bleu de méthylène et d'arsénobenzol dont l'action sur l'association fuso-spirillaire qui complique toute plaie buccale est bien connue.

Le malade sort le 29 août et nous le prions de revenir régulièrement et de bien exécuter les soins locaux formulés.

Or, à notre grande surprise, nous le voyons revenir quatre jours après, le 3 septembre, porteur, sur la joue droite, en regard de la lésion buccale, d'une large plaque de sphacèle, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs. Les tissus sont effilochés, mous, s'enlèvent comme de l'étoffe et baignent dans un liquide noirâtre et fétide. Autour de cette escarre, la peau est un peu infiltrée, dure et rouge. Après avoir détergé la plaie de tous ces débris sphacelés, il reste un orifice béant qui, à travers la joue, laisse voir le corps du maxillaire inférieur, dénudé, blanc et donnant au stylet un son sec de nécrose ; on aperçoit au niveau du trou mentonnier le plexus mentonnier effiloché et toute la plaie exhale une odeur horriblement fétide.

Le malade ne souffre que peu, il ne salive pas, mais il a un peu de trismus. L'état général est mauvais, le facies pâle, la prostration marquée, la température se maintient aux environs de 38°5.

On entreprend un traitement au sérum antigangreneux et l'on

continue les irrigations discontinues d'eau oxygénée dédoublée et les applications répétées d'arsénobenzol. Sous l'influence de ce traitement, la plaie se déterge peu à peu ; par endroits, les tissus sphacélés sont complètement éliminés ; mais, en arrière, il existe, vers le masséter, un clapier sous-cutané assez profond d'où l'on extrait chaque jour des débris cellulaires, aponévrotiques et musculaires.

Le 10, un petit abcès se forme dans la région génienne, sous le bord inférieur de l'os malaire. De la grosseur d'une noix, il est nettement fluctuant, et, à l'ouverture, il s'échappe des gaz, du pus et des débris sphacélés. On draine cet abcès et l'on continue les injections bi-hebdomadaires de sérum antigangreneux (antivibron, antiperfringens, antiœdematiens).

Le malade s'alimente, ne se plaint pas ; mais sa pâleur, son asthénie, son amaigrissement s'accroissent et il s'éteint le 25 septembre, sans avoir présenté de complications pulmonaires. Les troubles locaux sont restés stationnaires.

Nous n'avons pas pu faire de prélèvement osseux, ni pratiquer l'autopsie.

Examen bactériologique. — Fait par M. Milliet, interne en pharmacie à l'Hôpital Lariboisière. Sur des prélèvements effectués le 4 septembre dans les régions profondes de la plaie.

A. *Résultats des examens directs.* — Sur toutes les lames, une véritable purée de microbes dont les éléments dominants étaient des bacilles fusiformes, longs de 4 à 8 γ , ne prenant pas le Gram, constituant quelques fois des amas touffus. Ils étaient associés à d'autres spirilles, plus gros et à nombre de spires variables. On pouvait y voir aussi des *leptothrix buccalis*, des pneumocoques et des pneumobacilles, des streptocoques et des *cercomonas hominis*.

B. *Cultures.* — Après avoir ensemencé sur gélose Veillon en piqure profonde sous couche de lanoline et sur gélose nutritive en stries, les ensemencements se sont développés après quarante-huit heures sur les deux tubes. Après repiquage en tubes de Vignal, nous avons pu caractériser, d'après l'aspect de leurs colonies et leur morphologie, le vibron septique, le *bacillus ramosus* et d'autres anaérobies, notamment un staphylocoque, à cocci très petit qui a paru être du *staphylococcus parvulus*.

OBSERVATION IX

(Personnelle)

M. P..., âgé de 43 ans, est vu par nous à la consultation de l'Ecole de Stomatologie, à la Clinique du docteur Chompret. Il se présente à nous, avec deux fistules, une première fistule cutanée de région sous-maxillaire gauche et une deuxième fistule du rebord alvéolaire de la mandibule du côté gauche ; ces fistules existent avec une légère tuméfaction de la branche horizontale du maxillaire infé-

rieur. Voici l'histoire de ce malade : le 5 février dernier ce malade va consulter un chirurgien-dentiste parce qu'il souffre d'une tuméfaction douloureuse de la mandibule du côté gauche, cette tuméfaction est apparue à la suite de douleurs spontanées, vives, provoquées par la dent de 6 ans, qui porte un amalgame ; le jour même, le dentiste procède à la désobturation de la dent de six ans, il enlève l'amalgame, ouvre la chambre pulpaire, semble-t-il, pensant ainsi transformer une infection en cavité close en une infection à cavité ouverte. Le malade ne retire de cette opération aucune amélioration, les symptômes douloureux persistent, la tuméfaction paraît même avoir augmenté de volume et le lendemain le dentiste procédait à l'avulsion de la dent. Le malade qui était porteur d'un appareil de prothèse a été obligé de le quitter tant la pression sur la mandibule lui était pénible. Une racine fracturée est laissée en place. Cette extraction n'accuse toujours pas le drainage et le malade n'en retire aucun bénéfice. Deux jours après il retourne voir le dentiste qui cette fois procède à l'extraction de la racine, il décolle la gencive au bistouri sans, d'ailleurs, rencontrer de pus. Aussi bien devant la persistance des accidents, leur aggravation même, il décidait d'adresser le malade à l'Ecole de Stomatologie.

Le malade se présente à l'Ecole le 5 février. Il est porteur d'une forte tuméfaction de la mandibule du côté gauche, tuméfaction très douloureuse accompagnée d'une fluxion de la joue et surtout d'un trismus intense. A ce moment, la déglutition est très difficile, la tuméfaction a gagné le plancher buccal, elle s'étend vers l'épiglotte, elle est la cause d'une dysphagie. Le jour même on intervient par la voie buccale, l'incision précédente intense qui s'est fermée est rouverte, on décolle la gencive et on pratique un lavage à l'eau oxygénée. Cette opération n'entraîne toujours pas d'amélioration, deux jours après, le 7 février la tuméfaction qui a augmenté de volume soulève la région sous-maxillaire gauche, elle gagne la peau qui est rouge, lisse, tendue, infiltrée et l'incision par la voie externe de la tuméfaction s'impose. Cette incision est faite le long du bord inférieur de l'os, elle est longue de 4 à 5 centimètres, elle donne cette fois issue à un écoulement de pus très abondant, pus fétide, horriblement fétide, mélangé d'une grande quantité de sérosité sanguinolente ; le drainage est assuré par une mèche. Les jours suivants, la plaie est lavée à l'eau oxygénée, la mèche est renouvelée, la tuméfaction diminue de volume, la plaie se cicatrise, mais il persiste cependant, à sa partie antérieure, une tuméfaction de la grosseur d'une noix, qui bientôt, devient fluctuante et nécessite une nouvelle incision. Le drainage est assuré par un faisceau de crins de Florence. La plaie est lavée à l'eau oxygénée, trois jours après, le malade élimine pour la première fois un petit séquestre par le rebord alvéolaire en même temps que du pus sourd par la gencive ; huit jours après, le malade élimine un second séquestre, encore tout petit, et qui semble bien être une cloison

inter-alvéolaire ; un troisième séquestre est encore éliminé au bout de trois jours, et à ce moment on décide de procéder à un curettage du maxillaire. A la suite de cette intervention, le malade, pendant huit jours, peut se considérer comme guéri, la plaie cutanée est cicatrisée, il ne s'écoule plus de pus dans la bouche par la gencive. Il persiste cependant, toujours en avant, une tuméfaction de la grosseur d'une noix. Cette tuméfaction bientôt devient douloureuse, elle est le siège d'élancements pénibles et le troisième jour, pendant le sommeil, l'abcès s'ouvre spontanément à la peau. Depuis, le malade garde une fistule cutanée par laquelle s'écoule du pus en abondance.

Examen. — A l'inspection : la région sous-maxillaire gauche présente un orifice anfractueux duquel s'écoule une gouttelette de pus jaunâtre épais, en arrière, on aperçoit la cicatrice linéaire de la première incision cutanée. Au-dessus de cet orifice existe une tuméfaction très nette occupant le tiers moyen de la mandibule gauche empiétant un peu sur la région sous-maxillaire.

A la palpation, cette tuméfaction qui est dure, résistante, non douloureuse, adhérent aux plans profonds et aussi aux plans superficiels, paraît surtout formée aux dépens de l'os. Sa compression profonde fait sourdre du pus par l'orifice cutané mais également par l'orifice interne gingival. L'examen de la cavité buccale, facile, montre tout d'abord, une absence de g4, 5, 6, 7, 8, de d6, 7, 8. Sur le rebord alvéolaire on reconnaît facilement l'orifice interne de la fistule. L'exploration du trajet de cette fistule au stylet permet de sentir un os dénudé, dépériosté, nécrosé, semble-t-il.

Vivement intéressé par l'histoire de ce malade, et frappé de ce fait, qu'il présente une inégalité pupillaire très nette et visible à distance, nous pensons immédiatement à une syphilis probable et voici ce que nous apprend le malade. En 1900, il a contracté la syphilis. Il a présenté à cette époque, un chancre du gland qui a été soigné par des pilules de protoiodure, du sirop de Gibert et l'iodure de potassium. Il a suivi ce traitement pendant cinq ans environ, mais très irrégulièrement. Les six années qui suivirent, il fait une cure semestrielle à l'iodure de potassium. Le malade dit n'avoir pendant tout ce temps jamais présenté d'accidents. En 1913, apparaissent pour la première fois des douleurs fulgurantes dans les jambes. Il reçoit à ce moment une série de piqûres intra-fessières de sulfarseno-benzol. Pendant toute la durée de la guerre le malade n'est pas traité. En 1920, il reçoit encore trois à quatre séries de piqûres intra-fessières de sulfarseno-benzol. En 1922, le malade présente des troubles vésicaux ; mictions impérieuses et une hématurie qui le conduit à l'Hôpital Necker où il est examiné par le professeur Legueu. Il lui est fait une cystoscopie, laquelle aurait simplement montré la présence de varices vésicales. Aussi bien, le malade est adressé dans le service du professeur Sicard où l'on porte le diagnostic de Tabès et où il est soumis au traitement

par le novarsenobenzol. Il recevra de ce médicament deux séries de dix injections. A la suite de ce traitement les douleurs fulgurantes disparaissent. Depuis un an, le malade ne s'est pas soigné. Actuellement, le malade dit ne plus souffrir. Il accuse simplement quelques troubles des sphincters et en particulier une grande difficulté de la miction. Un examen rapide permet de retrouver facilement tous les signes de la série tabétique. Les pupilles sont inégales, irrégulières, la gauche est punctiforme, le signe d'Argylle-Robertson est très net ; les réflexes tendineux achilléens et rotuliens sont abolis ; il existe un signe de Romberg manifeste. Il est facile de mettre en évidence l'incoordination par les épreuves de Fourrier.

M. Chompret décidait de faire venir ce malade dans son service de l'Hôpital Saint-Louis. Là, il fit faire une radiographie et une recherche du sero-diagnostic. La radiographie montre un large foyer ostéitique du tiers moyen de la mandibule avec, semble-t-il, un petit sequestre. Quant au sero-diagnostic fait après réactivation par la méthode de Milian, il se montre positif. Eu égard à ses antécédents, eu égard surtout à son état actuel, le docteur Chompret prescrit chez ce malade un traitement antispécifique par le nevarsenobenzol. Le 10 mai, le malade élimine encore deux petits séquestres, toujours par l'orifice gingival, en même temps que la suppuration persiste et s'écoule dans la bouche. Le 15 mai voici ce que note le docteur Humbert, attaché au service de M. Chompret : le malade présente sur la joue, un orifice fistuleux, humide, situé à un centimètre en avant du milieu de la branche horizontale du maxillaire inférieur et entouré d'une zone infiltrée adhérent au plan profond. Il n'y a pas d'adénopathie. L'index promené dans le vestibule perçoit une augmentation du volume du maxillaire au niveau des prémolaires absentes et de l'alvéole de la dent de six ans. Là, un bourgeon charnu masque en partie un pertuis celui par lequel ont été éliminés les séquestres. Un stylet d'argent y pénètre de 2 centimètres et demi, sans heurter de tissu dur, mais, il provoque une sensation d'électrification par contact avec le nerf dentaire inférieur. L'exploration au stylet de l'orifice cutané est également limitée par les tissus mous et ne laisse percevoir aucun séquestre. Le 26 mai, l'orifice fistuleux jugal est oblitéré, la zone périphérique est moins rouge, moins empâtée, la fistule gingivale suppure encore, le maxillaire inférieur semble avoir augmenté de volume. Il existe une véritable exostose, s'étendant de la canine à l'alvéole de la dent de six ans, et la dépassant même un peu en arrière. Cette tuméfaction ne se montre pas douloureuse à la palpation. La radiographie faite à ce moment montre que la malade fait de l'ostéite condensante au niveau de la face jugale de la mandibule gauche à son tiers moyen.

OBSERVATION X

Nécrose totale de l'hémimaxillaire inférieur gauche chez un tabétique (In *Thèse Mlle Millon*, page 41. Observation III.

M. S..., âgé de 52 ans, est atteint de syphilis non douteuse (plusieurs Wassermann positifs). Les premiers accidents ont été absolument ignorés, mais en 1917 il présenta des phénomènes d'ataxie avec douleurs fulgurantes qui motivèrent la réforme avec pension, et engagèrent les médecins à rechercher la réaction de Wassermann qui fut trouvée positive. Depuis 1919, S... aurait reçu plus de cinquante injections de novarsénobenzol. Le tabès n'en est pas moins très prononcé : le malade est cloué au lit, il ne peut pas s'habiller et à peine manger seul, l'ataxie atteignant les membres supérieurs ; disparition des réflexes, douleurs fulgurantes ; aucun autre accident syphilitique apparent.

Le 13 août 1921, apparition d'une petite tuméfaction au niveau de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur, tuméfaction qui fut d'abord prise pour un abcès dentaire ; mais en 24 heures, cette tuméfaction augmenta considérablement de volume, s'ouvrit spontanément donnant issue à un pus d'une odeur extrêmement fétide. Le lendemain, la tuméfaction extérieure était tellement énorme que l'on dut pratiquer une incision sur le bord inférieur du maxillaire qui ne donna issue qu'à un pus fétide mais peu abondant. A partir de ce moment les accidents généraux diminuèrent, mais la suppuration par la bouche et par la plaie externe continua. Trois dents se détachèrent, entraînant une partie du bord supérieur du maxillaire.

Le 23 septembre 1921, c'est-à-dire un mois environ après le début des accidents, le malade fut opéré par M. le docteur Brocq. A ce moment, il présentait une fistule sur la joue gauche, un peu au-dessus du bord du maxillaire et un peu en arrière de la commissure latérale gauche. Ecoulement continu de pus dans la bouche. Œdème du rebord gingival gauche complètement édenté. Une radiographie montra un maxillaire flou.

On porta le diagnostic de fracture spontanée un peu en dehors de la symphyse mentonnière à gauche, et nécrose du maxillaire inférieur.

Intervention sous anesthésie générale. — Incision sous-maxillaire gauche, légèrement recourbée derrière l'angle gauche de la mâchoire. On aborde le foyer de fracture. On saisit le fragment externe du maxillaire à l'aide d'un petit davier et on s'aperçoit que l'hémimaxillaire inférieur gauche est complètement nécrosé. Le périoste est complètement décollé et on enlève avec la plus grande facilité tout l'hémi-maxillaire qui n'a plus aucune adhérence avec les tissus voisins. En arrivant au niveau de l'articulation temporo-maxillaire on s'aperçoit que celle-ci est disloquée et dans la cavité suppurée de l'articulation on trouve le condyle maxillaire libre par fracture

spontanée de son col. A peine l'apophyse coronoïde tient-elle par quelques fibres du tendon du temporal restées adhérentes à l'os. Celui-ci présente dans son ensemble une coloration verdâtre et une odeur de gangrène.

A la suite de cette intervention, la suppuration persista quelque temps encore, par deux fistules très longues mais étroites. Actuellement tout est à peu près cicatrisé, il ne s'écoule plus qu'une gouttelette de pus, tous les trois ou quatre jours. L'état général est très bon.

Le traitement anti-syphilitique qui avait été cessé en mai 1921 a été repris fin janvier 1922 (0 gr. 30 de novarsénobenzol tous les cinq jours). C'est à partir de ce moment que l'amélioration se produisit réellement en ce qui concerne la suppuration persistante après l'ablation du séquestre.

OBSERVATION XI

Ostéite du maxillaire inférieur chez un tabétique avec élimination d'un volumineux séquestre. — (Gaucher, Gougerot, Meaux-Saint-Marc. *Bull. Soc. fr. de Dermatologie*, juill. 1912). — In *Thèse Mlle Millon. Obs. VI.*

J..., 50 ans, n'avait jamais été malade, en particulier n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques, quand il entre salle Saint-Louis, le 12 avril 1912, et raconte que c'est pour la première fois il y a cinq ans, qu'il commença à perdre ses dents. Ce fut d'abord, une incisive supérieure qu'il cueillit avec ses doigts sans douleur ni perte de sang ; de même il perd bientôt deux molaires du côté droit, puis trois autres dents du côté gauche. Commencant à s'inquiéter, le malade va consulter à Cochin où l'on attribue à une syphilis méconnue cette chute de dents qui se continue et fait perdre au malade toutes les dents de la mâchoire supérieure. Après les dents, tombaient des fragments du rebord alvéolaire, mais jamais il n'y eut d'ulcération consécutive.

Dix-huit mois après, le malade commence à ressentir quelques douleurs au niveau du côté gauche du maxillaire inférieur. Un médecin consulté à ce moment constate, en même temps que cette ostéite commençante, une hémiplegie, des signes de tabès et prescrit des injections de bi-iodure.

Malgré cela, l'ostéite du maxillaire progresse d'une façon presque indolente et six mois après, c'est-à-dire il y a trois mois, en croquant sur les molaires inférieures gauches, le malade rend un volumineux séquestre qui laisse après lui une ulcération qui se comble d'elle-même, et sans laisser à ce niveau d'irrégularité du rebord alvéolaire, ni aucune ulcération.

Actuellement l'état dentaire du malade est le suivant : à la mâchoire supérieure il reste les deux dernières molaires du côté gauche ; à la mâchoire inférieure il manque, à droite : les deux pre-

mières grosses molaires, à gauche les trois grosses molaires qui étaient implantées au niveau du séquestre éliminé. Le pourtour du rebord alvéolaire supérieur est assez régulier, on note l'absence complète de gencives.

OBSERVATION XII

Un cas de tabès dorsal avec nécrose du maxillaire. — (Siegfried, in *Thèse Henry*, 1905). — In *Thèse Mlle Millon*. Obs. VII.

S..., âgé de 42 ans. Le début de la maladie est en 1883 : douleurs vésicales, perte de cheveux, diplopie. En 1885, des vertiges apparaissent, puis de l'instabilité de la marche ; en même temps affaiblissement de l'acuité visuelle, puis douleurs lancinantes et fulgurantes du côté du visage. En 1893, douleurs névralgiques, lancinantes aux pouces et aux mains. Paresthésie de la région cervicale, gêne respiratoire, accès de dyspnée. Parfois angoisse et sensation de constriction à la région précordiale.

En décembre 1893, le malade s'aperçoit que trois de ses molaires du côté gauche de la mâchoire inférieure sont branlantes ; peu après elles tombent toutes trois parfaitement saines, sans douleurs et sans phénomènes inflammatoires ; la gencive seule était un peu ramollie. Huit jours plus tard, le malade ressent comme des coups d'aiguille dans la région sous-maxillaire gauche ; en même temps rougeur et gonflement de la gencive, puis évacuation d'un pus sanguinolent fétide, avec un fragment d'os nécrosé d'environ 2 cent. 5 de dimensions et provenant du maxillaire inférieur. Les douleurs diminuent ensuite et au bout de quelques jours cicatrisation et guérison.

A l'examen, en 1894, on constate de l'inégalité pupillaire, suppression du réflexe à la lumière, diminution du réflexe à l'accommodation, de l'atrophie de la papille du nerf optique. Amaurose à peu près complète. Analgésie complète à la partie moyenne du maxillaire inférieur (gauche) correspondant à l'endroit où se trouvait le fragment de l'os nécrosé.

OBSERVATION XIII

Nécrose étendue du maxillaire inférieur chez un tabétique. — (Poteau, *Odontologie*, mai 1906). — In *Thèse Mlle Millon*. Obs. X.

Observation très incomplète. Malade de 46 ans, ayant perdu toutes ses dents à des intervalles très rapprochés. Tabétique depuis quinze ans. Élimine un séquestre allant de la première grosse molaire inférieure à la branche montante droite. Deux mois après élimination d'un autre séquestre, puis d'un troisième comprenant la table externe du maxillaire entre la symphyse et la canine inférieure.

OBSERVATION XIV

J. BERCHER et G. MAUREL. — **La syphilis tertiaire du maxillaire inférieur.** — (*Revue de Stomatologie*, avril 1922. Page 204. Obs. III).

M. H..., adjudant d'infanterie coloniale, âgé de 38 ans, se présente à notre consultation, le 23 janvier 1922. C'est un homme vigoureux, d'une belle santé habituelle, ayant fait plusieurs séjours aux colonies. Il vient nous trouver parce qu'il est inquiet, depuis quelque temps, par une tuméfaction légèrement douloureuse de la région de l'angle du maxillaire inférieur, du côté droit.

Cette région est, en effet, déformée par une saillie très apparente, grosse comme un petit œuf de poule, recouverte par une peau d'aspect sain et de coloration normale. La palpation révèle l'existence d'une tumeur très nettement fluctuante, non adhérente à la peau, mais intimement unie au plan profond osseux. Les bords de la tumeur sont légèrement infiltrés sur une faible étendue, au delà de laquelle tous les tissus retrouvent leur souplesse et leur consistance normales. Aucun doute n'est possible, le diagnostic s'impose : c'est une tumeur à contenu liquide et d'origine osseuse. Mais il importe d'en préciser la nature.

En examinant l'état du système dentaire de ce sous-officier, nous sommes frappés de son intégrité absolue ; en particulier, la dent de sagesse inférieure droite est parfaitement évoluée, et il n'y a nulle carie, ni sur elle, ni sur les autres dents. Le sillon vestibulaire est net, sans trace d'inflammation ou de tuméfaction. Dans le fond seulement, en déprimant la muqueuse, on retrouve le bord antérieur de la tumeur et on détermine une légère douleur.

L'ouverture de la bouche est normale, et il n'y a pas de trismus, malgré que la tumeur siège au niveau même des insertions du masséter. L'inspection attentive de la muqueuse buccale permet de découvrir, sur le pilier postérieur du voile du palais, à droite, vers sa partie inférieure, une ulcération qui s'étend sur l'amygdale en partie rongée : cette ulcération, elliptique, à grand axe vertical, présente un bord supérieur surplombant, décollé, irrégulier ; un fond granuleux, sécrétant, recouvert d'un muco-pus jaunâtre ; elle repose sur des tissus souples ; nulle part, elle ne donne la sensation de dureté cartilagineuse. Cette surface ulcérée, large comme une pièce de un franc, n'est pas douloureuse spontanément, mais le passage des aliments pendant la déglutition réveille une sensation assez pénible.

Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire ou cervicale. L'examen des autres organes ou appareils s'est montré négatif.

Les caractères de cette ulcération pharyngée, qui faisait immédiatement songer à une gomme ulcérée, devaient nous mettre sur la voie d'un diagnostic que l'histoire et l'évolution de la maladie achevaient d'éclairer. Nous apprenons, en effet, que cet homme,

fils de parents bien portants et morts âgés, doué d'une santé parfaite, contracta un chancre génital en 1912, au cours d'un séjour en Annam. A ce moment, il est vrai, le diagnostic de syphilis ne fut pas porté. Depuis cette date, il ne se serait produit aucune manifestation attribuable à la syphilis, du moins au dire du malade.

En 1917, cependant, il aurait souffert pendant une huitaine de jours de sa région angulo-maxillaire droite, puis, en 1920, le même fait se serait reproduit ; l'homme, peu douillet, ne prêta pas grande attention à des accidents aussi légers.

Mais, en novembre 1921, il ressentit une gêne douloureuse à la déglutition, accompagnée d'une salivation plus abondante que normalement ; en même temps apparaissait l'ulcération amygdalienne et la tuméfaction de l'angle mandibulaire se précisait.

L'état reste stationnaire jusqu'au 20 janvier 1922 ; à ce moment, la tuméfaction augmente subitement, il y a de la gêne et de l'infiltration de tout le tissu cellulaire sous-cutané de la joue droite. Cette fluxion disparaît en deux jours et fait place à cet état dont nous avons rappelé plus haut les principaux caractères.

Les symptômes présentés par la tumeur, l'ulcération pharyngienne, l'histoire du malade, cette triade nous permettait d'admettre comme très vraisemblable le diagnostic de *gomme circonscrite* de l'angle du maxillaire inférieur. Quelques recherches de laboratoire sont venues confirmer cette opinion.

L'*examen du sang* nous a montré une réaction de fixation (Bordet-Wasserman) positive forte.

La *radiographie* (M. Hirtz) a précisé la dimension et la forme de la trépanation osseuse, sans épaississement périphérique apparent et sans séquestres.

Une *ponction*, pratiquée le 25 janvier, a permis de retirer deux centimètres cubes d'un pus un peu filant, de coloration rosée. Ce pus a été le point de départ d'un certain nombre de recherches effectuées par le Dr Delater, chef du laboratoire du Val-de-Grâce.

1° *Examen direct*. Polynucléaires très altérés. Pas de germes.

2° *Pas de germes* après culture.

3° Pas de germes après culture sur *milieu spécial* de Sabouraud (mycoses).

4° *Injection au cobaye* : négative.

Examen de l'ulcération amygdalienne : *aucun spirochète* ni de Vincent, ni de la syphilis.

A partir du 1^{er} février, le traitement est commencé, et dirigé bismuth (Chantin) :

Iodobismuthate de quinium 0 gr. 10.

Huile d'olive Q. S. p. 1 cent. cube.

L'amélioration fut remarquablement rapide, puisque, après cinq injections, l'ulcération pharyngée avait disparu et que la tuméfaction gommeuse était en régression très manifeste. A la huitième injection, le malade pouvait être considéré comme guéri de sa ma-

nifestation mandibulaire ; mais on constatait que l'angle et la branche montante étaient le siège d'un épaissement diffus, dur, indolore, témoignant que l'affection évoluait vers la *périostose*. on notait aussi l'apparition d'un léger liséré de gingivite bismuthique qui fit cesser le traitement.

OBSERVATION XV

M. ROUSSEAU-DECELLE. — **Sur un cas de syphilôme diffus du maxillaire inférieur.** — Communication à la *Société de Stomatologie de Paris* (séance du 14 juin 1923).

La malade que je vous présente est une femme de 28 ans, qui a six frères et sœurs, elle est la jumelle de l'une d'entre elles ; mariée, elle n'a pas eu de fausse couche.

Quinze jours avant Noël, elle reçut un coup de poing sur le maxillaire inférieur droit, si violent qu'elle fut renversée. C'est de ce traumatisme que partent, semble-t-il, tous les troubles qu'elle va éprouver par la suite.

En effet, quelques jours après, elle s'aperçoit qu'elle ouvre la bouche de plus en plus difficilement. En même temps, sa joue gauche et l'angle de la mâchoire augmentent de volume. Je la vois pour la première fois le 9 mars dernier. On constate alors un trismus serré de 3 millimètres et en même temps une tuméfaction siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire, de limites imprécises, indolore à la palpation et indolore aussi spontanément. Seul, un point douloureux existe sur le bord inférieur, un peu en avant de l'angle, au niveau de la dent de sagesse. Les masséters se contractent normalement. Néanmoins, il semble que la contractivité du masséter droit soit un peu plus faible que celle du masséter gauche. Comme je vous l'ai dit : aucune douleur spontanée ; c'est pour le trismus que la malade vient consulter. L'examen du système dentaire, révèle une dent de douze ans, inférieure droite atteinte de carie pénétrante et d'arthrite.

Le dent de sagesse de même côté, est difficile à examiner par suite du trismus, elle est légèrement linguo-versée. Néanmoins, elle semble indemne de carie. Devant cet ensemble de signes, devant la marche des accidents, devant ce point douloureux situé au-dessous de la dent de sagesse, devant la température buccale qui était de 4-10° de degrés plus élevée du côté droit que du côté gauche, sur l'affirmation que quelqu'un avait la veille fait sourdre une certaine quantité de pus autour de la dent de sagesse, le diagnostic qui s'imposait, parce qu'il était le plus banal, était celui d'ostéo-périostite chronique. C'était celui qui avait été fait à Rouen, quelques jours avant. Cependant, quelque chose semblait anormal : c'était l'absence complète de douleurs dentaires ou péri-dentaires, anciennes ou récentes.

La deuxième molaire inférieure est extraite ; puis la dent de sa-

gesse par Béliard, le 27 mars, sous anesthésie générale par suite du trismus. Le 30, il revoit la malade ; aucun changement local, ni dans la tuméfaction, ni dans le trismus. Comme Mlle D... voyage sur une péniche de Paris à Rouen, elle quitte Paris, devant y revenir dans trois mois, sauf s'il y avait aggravation ; auquel cas, elle devait revenir de suite. Elle est revenue au commencement du mois. Je l'examine le 2 mai et constate que le trismus n'a pas varié, il est toujours de 2 à 3 millimètres. La tuméfaction a sensiblement augmenté, elle est toujours de limites imprécises, elle s'étend sur la branche montante, et sur la branche horizontale, elle remplit toute la loge massétérine. Du côté buccal, il est difficile de faire un examen minutieux par suite du trismus, mais, la palpation du rebord inférieur de la mâchoire dénote qu'elle est certainement beaucoup plus volumineuse que du côté gauche. De plus, toute cette région qui, jusqu'ici, avait été indolore, est devenue douloureuse ; il existe des douleurs intermittentes, spontanées, souvent nocturnes, ets'irradiant dans l'oreille et vers le plancher de l'orbite.

Fait capital, on constate une anesthésie à peu près totale de la région mentonnière et de la moitié droite de la langue. Dans ces deux points, on peut enfoncer assez profondément des aiguilles sans que la malade proteste, alors que du côté opposé, la sensibilité est tout à fait normale.

Devant cette évolution, devant cet ensemble de signes, il y avait un diagnostic qui venait automatiquement à l'esprit : c'était celui d'ostéo-sarcome. Je l'ai posé, en faisant toutefois des réserves, pour deux maladies : l'actinomycose et la syphilis.

Je fis faire l'examen du sang et la réaction de Bordet-Wassermann est ultra-positive. En conséquence, le diagnostic qui semble s'imposer, est celui de syphilôme diffus du maxillaire chez un spécifique héréditaire tertiaire.

En effet, la mère de cette malade a eu six enfants vivants mais, une enquête supplémentaire révèle que de plus elle a fait huit fausses-couches.

Je mets immédiatement la malade au traitement anti-syphilitique à l'iode de potassium et au bismuth. Elle a reçu une injection de quinby de 30 centigrammes, jeudi dernier, et une autre ce matin. Ce traitement va certainement confirmer le diagnostic, car en l'espace de huit jours à peine, nous constatons un changement déjà appréciable dans l'état de cette malade ; le trismus qui ne variait que depuis quatre mois, commence à regresser, il est de six à huit millimètres environ ; la malade a pu passer son doigt entre ses incisives, ce qu'elle n'avait pas fait depuis des mois. D'autre part, la tumeur, dans son ensemble, est en régression, elle n'a plus cette dureté qu'elle avait au début, elle est plus molle, elle a diminué manifestement au niveau de l'ongle, et enfin, signe véritablement extraordinaire, l'anesthésie mentonnière et de la moitié de la langue a disparu. Voilà un cas qui vient s'ajouter à ceux que

MM. Bercher et Maurel nous ont rapportés ainsi que Mlle Millon, dans sa thèse. Tandis que seulement ces auteurs considèrent le trismus comme exceptionnel dans la syphilis du maxillaire ici, ce fut au contraire le phénomène initial et capital puisque c'est pour lui que la malade est venue nous consulter.

OBSERVATIONS XVI, XVII et XVIII

Professeur JACQUES. — **Observations résumées de syphilis du maxillaire supérieur.** — In *Thèse de Moulon*, 1905).

OBSERVATION XVI

Mlle Z..., 40 ans, femme de chambre, vient consulter en juin 1904, pour une tumeur spontanément développée, dans le sillon naso-génien, du côté gauche, et considérée jusque là comme une tumeur d'origine lacrymale. Le gonflement aurait apparu insidieusement il y a une quinzaine de jours, sur la partie latérale gauche du nez, et aurait lentement évolué, comblant peu à peu le sillon naso-genien. Le début fut marqué par des phénomènes subjectifs insignifiants sous forme de lancements douloureux intermittents, en même temps qu'apparaît une tuméfaction d'une sensibilité vive à la pression. A l'examen, le professeur Jacques note un œdème superficiel avec teinte de bistre cuivré, à la palpation, un épaissement diffus de la branche montante avec maennin correspondant à la région qui limite l'orifice pyriforme. La tumeur très résistante, un peu élastique, fait corps avec l'os, sa surface est lisse, sa limite mal accusée. Léger œdème de la paupière inférieure, pas d'épipluna. Du côté des dents, à noter une carie pénétrante de la canine supérieure gauche et une autre en regard, sur la prémolaire voisine. Le Dr Gilet, dentiste de la malade, appelé à donner son avis exclut l'idée d'une périostite alvéolaire d'origine dentaire. La malade est soumise à un traitement antiseptique, potion au bi-odure, guérit après un mois de traitement.

OBSERVATION XVII

N..., 9 ans, vient consulter le professeur Jacques, de la part d'un dentiste, pour une affection suppurative de la mâchoire supérieure droite ; cause est mal établie. Le dentiste croit à la nécessité d'une intervention sur le maxillaire supérieur.

Dix jours avant, un abcès serait survenu dans la région de l'angle interne de l'œil gauche qui se serait ouvert spontanément ; presque simultanément un abcès serait apparu à la voûte palatine, incisé, il en coule une certaine quantité de pus à odeur fétide. Enfin, plus récemment, on aurait remarqué à la face externe du maxillaire supérieur gauche, au droit de la canine, une fistule sans communication avec l'abcès de la racine du nez.

Au moment de l'examen, l'abcès supérieur suppure encore par un cratère assez étroit à fond sanieux, la région voisine de la branche montante est le siège d'un œdème à teinte cuivrée et la pression révèle

l'existence d'une dépression en cupule à la surface de l'os, avec bords surélevés ; la voûte palatine est le siège sur la ligne médiane du soulèvement de la fibro-muqueuse, affectant une forme allongée de teinte carminée et présentant à son sommet une fistule d'où s'écoule de la sérosité purulente. Le stylet se heurte à une résistance osseuse et donne l'impression de fongosités reposant sur un plan dur. Du côté correspondant au plancher nasal, pas de fistule ni de bourgeonnement. A la face externe de la mâchoire supérieure gauche, au-dessus de la carie existe une autre fistule, d'où sourd par la pression de haut en bas du pus jaunâtre délué de sérosité. Le stylet rencontre une région dénudée, assez friable.

Ces lésions s'accompagnent d'une faible réaction douloureuse. Au point de vue dentaire, pas de malformations caractéristiques, mais une dystrophie générale et des caries multiples.

Pas d'antécédents nets, mais le traitement d'épreuve et les stigmates notés, enfant mal développé, chétif, l'air vieillot, permettent d'affirmer la syphilis héréditaire.

OBSERVATION XVIII

Mlle Y..., 25 ans, vient consulter en juin 1904, pour une fluxion de la joue gauche, dont le début remonte à trois semaines environ. En même temps que la joue se soulevait, survenait un abaissement de la voûte palatine du côté correspondant. Le *dentiste* consulté, après un traitement d'attente, pratiqua une ponction de la tumeur palatine, puis, trois jours après, l'avulsion de la première grosse molaire, atteinte de carie profonde. Cette double intervention fut sans résultat, et le gonflement ne fit qu'augmenter, tant du côté de la face que vers la cavité buccale. A diverses reprises des incisions de la tumeur furent faites, sans jamais avancer la moindre collection purulente.

A l'examen, il existe une déformation nette de la joue gauche, comparable à celle que produirait une forte fluxion partie d'une prémolaire supérieure. Du côté de la bouche, une suppuration propice se fait entre la joue et la mâchoire et oblige le malade à l'application fréquemment renouvelée d'une mèche de coton. Tout ceci accompagné de douleurs presque constantes, mais modérées. En écartant la joue de la mâchoire, on constate l'existence dans la fosse canine, d'une tumeur fongueuse, saillante, d'un rouge violacé, saignant au moindre contact, de forme oblongue et étendue de l'incisive latérale à la deuxième grosse molaire. Cette tumeur molle est percée en pomme d'arrosoir, de fistules multiples, donnant en abondance du pus crémeux, le stylet introduit rencontre partout l'os ramolli à nécrose, pas de séquestres mobilisables.

Du côté nez, rien d'anormal.

Le malade ne nie pas la syphilis.

Traitée par une médication mixte « *per os* », paraît avoir guéri la malade.

BIBLIOGRAPHIE

- Aimes et Aubanel.** — Tuberculose du maxillaire inférieur. (*Progrès Médical*, Juillet 1919).
- Bercher et Merville.** — Deux cas de syphilis tertiaire de la région du maxillaire supérieur. (*Revue de Stomatologie*, Avril 1923, pag. 198).
- Bercher et Maurel.** — Syphilis tertiaire du maxillaire inférieur. (*Revue de Stomatologie*, Mai 1922, page 193).
- Bonnet-Roy.** — Communication à la Société d'Odontologie, Avril 1923.
- Broca.** — Ostéomyélite du maxillaire inférieur. (*Revue de Stomatologie*, 1896).
- Chabaud.** — Syphilis du maxillaire inférieur. (*Thèse Paris*, 1885).
- Chompret.** — Nécrose syphilitique de l'os incisif. (*Revue de Stomatologie*, Juillet 1900, page 293).
- Creutz.** — Nécrose syphilitique du maxillaire inférieur. (*Revue générale de Chirurgie et de Thérapeutique*, 24 octobre 1903).
- Dieulafé et Herpin.** — Maladies chirurgicales des mâchoires. (*Traité de Stomatologie de Gaillard et Nogué*, Paris, Baillière, 1911).
- Frison.** — De la nécrose de l'os intermaxillaire. (*Thèse Paris*, 1900-1901).
- Gangolphe.** — Localisations osseuses de la syphilis tertiaire. (Paris, Masson, 1885).
- Gaucher, Gougerot et Meaux Saint-Marc.** — Ostéite du maxillaire inférieur chez un tabétique. (*Bulletin Société Française de Dermatologie*, Juillet 1922).
- Gougerot et Clara.** — Syphilis post-traumatique. (*Journal Médical Français*, 1918).
- Henry.** — Mal perforant buccal. (*Thèse de Paris*, 1905).
- Izard.** — Mal perforant buccal. (*Revue de Stomatologie*, 1911).

- Jeanselme.** — Ostéomyélite syphilitique. (*Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie*. Avril 1909).
- Julien.** — Traité des maladies vénériennes. (Paris 1875, page 874).
- Juin.** — Le syndrome syphilitique du bourgeon incisif. (*Thèse Lyon*, 1922).
- Lebedinsky.** — Nécrose syphilitique de l'os incisif. (*Revue de Stomatologie*, Juillet 1900, page 300).
- Lelucq Albert.** — De l'ostéomyélite du maxillaire inférieur dans ses rapports avec la dentition. (*Thèse Paris*, 1897).
- Mauriac.** — Syphilis tertiaire héréditaire (Paris, Masson, 1890).
- Millon (Mlle).** — Nécrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique. (*Thèse Paris*, 1922).
- Monod.** — Nécrose du maxillaire inférieur d'origine spécifique. (*Revue de Stomatologie*, 1911).
- Mouton.** — Syphilis du maxillaire supérieur. (*Thèse de Nancy*, 1905).
- Nicolas, Massia et Dupré.** — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Juillet 1922.
- Ombredanne.** — Maladies des mâchoires. (*Traité de Chirurgie de Le Denlu et Delbet*, fascicule XVI, page 105).
- Picot et Ruppe.** — A propos d'un cas de syphilis du maxillaire inférieur compliqué de noma (page 288, *P. M.*, 28 Mars 1922).
- Pietkiewicz.** — *Revue de Stomatologie*, Juillet 1900.
- Poteau.** — *Odontologie*, Mai 1906.
- Régis.** — *Revue de Stomatologie*, Avril 1922, page 243.
- Rodier.** — Chancre syphilitique nécrogène de la lèvre supérieure avec élimination d'un gros séquestre alvéolaire. (*Revue de Stomatologie*, Mai 1905).
- Spillmann.** — Syphilis osseuse. (Paris, Steinheil, 1909).
- Précis de Pathologie Chirurgicale*. Tome II, page 303.

